

Annika Jokiranta ja Suvi Rajamäki

**Ikäihmisen omahoitoa tukeva ohjaus yleisimpien
lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytön vaaroista**

– Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle

Opinnäytetyö

Syksy 2010

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Annika Jokiranta ja Suvi Rajamäki

Ikäihmisten omahoitoa tukeva ohjaus yleisimpien lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytön vaaroista - Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle.

Ohjaajat: Erna Nikkola, KL, THM, lehtori, Kristiina Vaahtera, THM, lehtori ja Marjut Nummela, lehtori, HVL

Vuosi: 2010

Sivumäärä: 61

Liitteiden lukumäärä: 3

Opinnäytetyömme on toiminnallinen ja se on toteutettu työelämälähtöisesti. Tuotoksena syntyi opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Opas koostuu ikäihmisten alkoholin ja lääkkeiden käytön ohjauksesta. Aineisto kerättiin systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen ja sisällöt oppaaseen valittiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Ikäihmisten alkoholinkäytön ja monilääkityksen lisääntyminen vaativat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä entistä enemmän tietoutta alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Oppaan tarkoituksena on tukea puheeksiottoa ikäihmisen alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytöstä.

Oppaassa on esitetty sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön ohjauksen tueksi muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun mukainen ohjaus. Muutosvaihemallissa on viisi vaihetta, joiden perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö tunnistaa ikäihmisen tilanteen ja osaa antaa oikeanlaista ohjausta. Mini-interventio eli lyhytneuvonta on keskeinen menetelmä alkoholinkäyttöön puuttumisessa. Jo lyhyelläkin ohjauksella voidaan saada aikaan muutoksia alkoholin käytössä. Laaja-alaisen mini-intervention käytön on todettu kohentavan koko väestön terveydentilaa ja elämänlaatua.

Avainsanat: ikääntyneet, alkoholi, lääkkeet, sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstö, ohjaus.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health Care and Social Work
Nursing
Registered nurse

Annika Jokiranta and Suvi Rajamäki

A guide for social and healthcare professionals on alcohol and medication use among the elderly

Supervisors: Erna Nikkola, Lic. Educ., MNSc., Senior Lecturer, Kristiina Vaahtera, MNSc., Senior Lecturer and Marjut Nummela Senior Lecturer, LicNSc

Year: 2010

Number of pages: 61

Number of appendices: 3

This is a functional and work-oriented thesis. The products are the thesis and a guide leaflet for social- and healthcare professionals. The leaflet consists of substance abuse counselling for the elderly. Data were collected from a systematic literature review and the contents of the guide were chosen using an inductive content analysis.

Elderly people's alcohol consumption and use of multiple medications have increased. Social and healthcare professionals need more awareness of alcohol and drug interactions. The purpose of the leaflet is support social and healthcare professionals to discuss the issue of alcohol and medicine consumption with elderly people

The leaflet presents the transtheoretical model of stages of change and motivational interview. The transtheoretical model has five stages of change. The levels help social and healthcare professionals to identify the situation of elderly people; therefore, they are more able to provide the right kind of guidance. A mini-intervention is a key method of tackling alcohol use. The results of mini-interventions are improvements on the population's health status and quality of life.

Keywords: elderly people, alcohol, medicine, social and healthcare professional, guidance.

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract	3
1 JOHDANTO.....	6
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT, TILANTEEN KARTOITUS JA RAJAUKSET SEKÄ MERKITYS KOHDEYHTEISÖLLE	7
3 IKÄIHMINEN	8
3.1 Väestörakenne ja ikäihmisten alkoholin kulutustilastot.....	8
3.2 Vanhenemismuutokset.....	9
3.2.1 Farmakokinetiikka ja vanheneminen	10
3.2.2 Farmakodynamiikka ja vanheneminen.....	13
3.3 Ikäihmisen elämänlaadun ja terveyden edistäminen	14
4 IKÄIHMISTEN YLEISIMMIN KÄYTTÄMÄT LÄÄKKEET	17
4.1 Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä.....	17
4.2 Psyykenlääkkeitä	20
4.3 Ruuansulatuskanavan lääkkeitä.....	25
4.4 Monilääkitys eli polyfarmasia.....	28
5 LÄÄKKEIDEN JA ALKOHOLIN YHTEISVAIKUTUKSET	30
6 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖN INTERVENTIOT	33
6.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö	33
6.2 Ikäihmisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön yhteistyö	34
6.3 Mini-interventio.....	34
7 OMAHOITOA TUKEVA TOIMINTA	37
7.1 Ikäihmisen ohjaus	37
7.2 Motivoiva haastattelu	38
7.3 Omahoitoon vaikuttavat tekijät	39
7.4 Omahoitovalmennus	40
7.5 Muutosvaihemalli	41

8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	44
9 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS.....	45
9.1 Systemaattinen kirjallisuushaku	45
9.2 Sisällönanalyysi.....	46
9.3 Kohderyhmän analyysi	47
10 OPINNÄYTETYÖN TUOTOS	48
11 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	50
12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	52
LÄHTEET	55

1 JOHDANTO

Teemme opinnäytetyön ikäihmisten yleisimpien lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja alkoholin käytöstä niiden rinnalla. Lähtökohtana opinnäytetyöllemme on ikäihmistien lisääntynyt alkoholin käyttö. Myös erilaisten lääkkeiden käytön tarve aiheuttaa helposti monia yhteisvaikutuksia, jotka voivat aiheuttaa esimerkiksi tapaturmia ikäihmiselle. Vuonna 2009 Suomessa oli yli 65-vuotiaita 17 % (Tilastokeskus 30.9.2009). Toisen maailmansodan jälkeen syntyivät suuret ikäluokat, jotka ovat nyt vanhentumassa ikäihmisiksi (Heikkinen & Rantanen 2008, 28). On arvioitu, että 5 % eläkeikäisistä juo liikaa alkoholia (Karlsson 2007, 5). Näin ollen suuret ikäluokat tarvitsevat terveydenhuollon ammattilaisilta enemmän tietoa alkoholin haitoista ja vaikutuksista lääkehoitoon.

Opinnäytetyömme yhteistyötaho on Seinäjoen A-klinikka. Laadimme opinnäytetyömme perusteella opaslehtisen ikäihmisten alkoholin ja lääkkeiden käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten alkoholista puheeksi ottoa ikäihmisten kanssa. On tärkeää, että jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen saisi tietoa ikäihmisten yleisimpien lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytön vaaroista. Opaslehtisestä saamansa tiedon avulla ammattihenkilö osaisi auttaa ja opastaa ikäihmistä näissä asioissa entistä tehokkaammin.

Saamme uutta tietoa ja kehittymme ammatillisesti opinnäytetyön myötä. Arviointikyky ja ajattelu monesta näkökulmasta ovat keskeisessä osassa opinnäytetyön teossa.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT, TILANTEEN KARTOITUS JA RAJAUKSET SEKÄ MERKITYS KOHDEYHTEISÖLLE

Opinnäytetyön lähtökohtana on lisääntynyt ikäihmisten alkoholin käyttö (Alanko & Haarni 2007, 26 - 28). Monilääkitys on ikäihmisten keskuudessa yleistä, joten alkoholin ja lääkkeiden vaaralliset yhteisvaikutukset lisääntyvät (Airaksinen 2005, 19 - 20). Seinäjoen A-klinikka toivoi Seinäjoen ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijoilta opinnäytetyötä ikäihmisten alkoholin ja lääkkeiden käytöstä. Lisääntyneen alkoholinkäytön vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö tarvitsee entistä enemmän tietoa ja valmiuksia alkoholinkäytön puheeksiottoon, joten päätimme tehdä perusterveydenhuoltoon opaslehtisen puheeksi ottamisen helpottamiseksi.

Käsitlemme opinnäytetyössä ikäihmisten alkoholin käyttöä, ikäihmisten yleisimmin käyttämiä lääkkeitä, alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia ja omahoitoa tukevaa ohjausta. Oppaan sisällön olemme rajanneet omahoitoa tukevaan ohjaukseen muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun mukaisesti. Tuomme oppaassa esille myös merkittävimmät alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset.

Opas on tarkoitettu Seinäjoen alueen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön käyttöön. Opas on hyvä työväline varsinkin kotihoidon henkilökunnalle ja sairaanhoitajien vastaanotoille perusterveydenhuollossa.

3 IKÄIHMINEN

3.1 Väestörakenne ja ikäihmisten alkoholin kulutustilastot

Yli 65-vuotiaita oli Suomessa 17 prosenttia vuonna 2009. Vuoteen 2040 mennessä luvun on ennustettu nousevan 27 prosenttiin ja edelleen 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Väestöllinen huoltosuhde nousee nopeasti lähitulevaisuudessa, mikä tarkoittaa lasten ja eläkeikäisten määrää sataa työkäistä kohden. Vuoden 2008 lopussa väestöllinen huoltosuhde oli 50,3. On ennustettu, että huoltosuhde vuonna 2016 olisi 60,4 ja vuoteen 2026 se olisi noussut jo 70,5:een. Väestöllinen huoltosuhde olisi vuonna 2060 jo 79,1. Yli 65-vuotiaiden määrä vuonna 2009 oli 905 000. Määrä lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2060 mennessä, jolloin yli 65-vuotiaita olisi 1,79 miljoonaa. Yli 85-vuotiaita taas oli vuoden 2008 lopussa 108 000 ja heidän määränsä nousee jopa 463 000:een. (Tilastokeskus 30.9.2009.)

Aallon ja Holopaisen (2008, 1492) mukaan Suomessa on kymmeniätuhansia ikäihmisiä, jotka ovat alkoholin suurkuluttajia. Väestön vanhetessa määrä tulee vielä kasvamaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi selvittää ikäihmisten alkoholin käyttöä ja käyttää tehokkaita hoitomuotoja alkoholin riskikulutuksessa ja haitallisessa käytössä. Ikäihmisillä suurkulutuksen raja on alhaisempi kuin muulla aikuisväestöllä ja hyvin yksilöllinen. Toisaalta taas ikäihmisillä on usein monia sairauksia, joten heidän alkoholinkäyttönsä vähenee keskimäärin ikääntymisen myötä.

Aalto ja Holopainen (2008, 1493) viittaavat Terveys 2000 -tutkimukseen, jonka aineistossa 65 vuotta täyttäneistä 0,7 %:lla oli diagnosoitavissa alkoholin liiallinen käyttö tai alkoholiriippuvuus. Alanko ja Haarni (2007, 26 - 27) esittävät EVTK-tutkimuksen tuloksia, joista käy ilmi, että alkoholia käyttävien ikäihmisten määrä on lisääntynyt viimeisen parin vuosikymmenen ajan. Sekä miesten että naisten alkoholinkäyttö viimeisen vuoden aikana on lisääntynyt vuosina 1985 - 2005, mutta naisten alkoholinkäytön määrä on lähes kaksinkertaistunut samalla aikavälillä. Alkoholin käyttömäärät ikäihmisillä tulisivat olla pienemmät kuin muulla aikuisväes-

töllä lääkkeiden käytön ja sairauksien yleistymisen myötä. Enimmäisrajaksi yli 65-vuotiaille on suositeltu seitsemän annosta alkoholia viikossa ja kaksi annosta kerralla.

3.2 Vanhenemismuutokset

Ikääntyessään ihminen muuttuu monella tavalla kehollisesti. Helpoimmin huomattavia ulkoisia muutoksia ovat hiusten harmaantuminen ja ihon ryppyisyys. Lihakset ovat hennommat kuin nuorempana ja ryhti on usein kumarahko. Kehossa tapahtuu myös monia muutoksia, joita ei voi silmillä huomata. Esimerkiksi veden, lihasten ja luuston painon osuus vähenee kehossa ikääntymisen myötä. Rasvan paino-osuus vastaavasti taas lisääntyy kehon vanhetessa. Keho muuttuu vanhetessa siten, että se kuivuu ja rasvoittuu ja ilmenee toiminnallista hidastumista. Näillä asioilla on merkitystä esimerkiksi lääkkeiden vaikutuksiin elimistössä. (Kivelä 2005, 8.)

Kivelän (2005, 8 - 9) mukaan kaikkien elinten toiminnot hidastuvat yleisesti vanhetessa. Iho kuivuu rasvarauhasten toiminnan hidastumisen myötä. Suun kuivuminen ja silmien kirveltäminen saattavat johtua syljen ja kyynelten erittymisen vähenemisestä. Myös mahahapon erityös vähenee. Lähinäön ja kuulon heikkeneminen kuuluvat vanhenemismuutoksiin.

Kehon tasapaino heikentyy ikääntyessä, koska tasapainoa ylläpitävät reaktiot heikkenevät ja hidastuvat. Ikääntyessä muistin muutokset eivät ole mittavia. Muisti erotellaan havaintomuistiin, työmuistiin ja pitkäkestoiseen muistiin. Havaintomuisti häiriintyy helposti ikäihmisillä, jos tilanteessa on melua tai muuta hälinää. Työmuisti hidastuu vanhenemisen myötä, jolloin on vaikeampaa painaa mieleen uusia asioita ja joidenkin yksittäisten asioiden mieleenpalauttaminen voi olla hankalaa. (Kivelä 2005, 10 - 11.)

Vanhenemismuutosten, muun muassa solujen vesipitoisuuden laskemisen, rasvapitoisuuden kasvamisen ja aineenvaihdunnan hidastumisen vuoksi alkoholi tuotta

ikäihmisellä korkeamman veren alkoholipitoisuuden ja ihminen humaltuu herkemmin kuin nuorempa. Vaikka alkoholin käyttömäärät eivät kasvaisikaan, voi alkoholin käyttö muuttua haitalliseksi elimistön muutosten vuoksi. Alkoholin vieroitusoireet muuttuvat ikääntyessä pidempikestoisiksi ja vaikeammiksi. Ikääntyessä motoriikka heikkenee, pidätyskyky pettää herkemmin, kävely saattaa muuttua ataktiseksi ja esimerkiksi dementoitumisoireet saattavat tulla esiin ikäihmisillä, jotka ovat käyttäneet alkoholia runsaasti koko elämänsä. Alkoholiperäisiä vaurioita saattaa ikääntyessä esiintyä myös henkilöillä, jotka ovat käyttäneet työikäisinä alkoholia runsaasti, mutta ovat myöhemmin raitistuneet. (Levo, Viljanen, Heino, Kivula & Aira 2008, 25 - 26.)

3.2.1 Farmakokinetiikka ja vanheneminen

Farmakokinetiikka tarkoittaa vanhenemiseen liittyviä muutoksia lääkkeiden imeytymisessä, jakautumisessa elimistössä, metaboliaa eli muuntumista sekä poistumista elimistöstä. Samanikäisten ikäihmisten välillä farmakokineettiset muutokset saattavat vaihdella yksilöllisesti jopa suurestikin. (Kivelä 2004, 19.)

Lääke tarkoittaa sairautta ehkäisevää tai parantavaa ainetta tai valmistetta. Lääke voi myös auttaa sairauden tunnistamisessa, parantaa sairauden oiretta tai muuttaa elintoimintoja. Lääke voi sisältää yhtä tai useampaa lääkeainetta, se voi olla biologinen valmiste tai luontaistuote. Lääkevalmisteen vaikuttava aine on lääkeaine. Eri lääkemuoja ovat tabletti, kapseli, mikstuura, tipat, annosjauhe ja annosrakeet. (Nurminen 2007, 8 - 9.)

Lääkkeiden imeytymiseen vaikuttavien tekijöiden muutoksia vanhetessa ovat syljen erityksen väheneminen, ruokatorven supistuskyvyn heikkeneminen, mahalaukun erityksen väheneminen, mahalaukun pH:n nouseminen, mahalaukun supistuskyvyn heikkeneminen, mahalaukun tyhjenemisen hidastuminen, ohutsuolen pinta-alan pieneneminen sekä verenkierron ja supistuskyvyn heikkeneminen, lääkkeiden kulkeutumisen heikkeneminen ohutsuolessa, paksusuolen supistumis-

kyvyn heikkeneminen ja lääkkeiden kulkeutumisen heikkeneminen paksusuolella. Iän myötä ihmisen syljeneritys vähenee ja jotkin lääkkeet saattavat vähentää syljeneritystä. Ikäihminen voi kokea tämän suun kuivuutena. Ruokatorven lihassolukon määrän väheneminen ja lihaksiston supistumiskyvyn heikkeneminen vanhetessa saattavat johtaa ruokasulan ja lääkkeiden kulun hidastumiseen ruokatorvessa. Ruokatorven sisäseinämässä on limakalvo, joka heikkenee vanhetessa ja on näin ollen herkkä ulkopuolisille ärsykeille. Lääke saattaa limanerityksen heiketyksessä jäädä ruokatorveen eikä kulkeudukaan mahalaukuun. Ikäihmisten tulee ottaa lääkkeitä aina istuma-asennossa ja juoda lasi vettä ennen ja jälkeen lääkkeenoton. Vanhenemismuutokset mahalaukussa ovat hyvin samankaltaisia kuin ruokatorvessa. Ruuansulatusentsyymien ja suolahapon tuotanto vähenee, sisäseinämän limakalvo ohenee ja seinämän lihasvoima ja supistumiskyky heikkenevät. Ruokasula ja lääkkeet viipyvät kauemmin mahalaukussa kuin työikäisillä ja mahalaukun sisältö muuttuu vähemmän happamaksi. Joidenkin lääkkeiden imeytyminen tapahtuu vasta ohutsuolen emäksisissä olosuhteissa. Ohutsuolessa imeytyvien lääkkeiden imeytyminen ja vaikutukset saattavat alkaa ikäihmisillä myöhemmin mahalaukun hitaan tyhjenemisen takia. (Kivelä 2004, 19 - 22.)

Lääkkeiden jakautumiseen vaikuttavia vanhenemismuutoksia ovat plasman albumiinipitoisuuden pieneneminen, plasman orosumukoidipitoisuuden lisääntyminen, plasmatilavuuden pieneneminen, veden osuuden väheneminen elimistössä, rasvan osuuden lisääntyminen elimistössä, toiminnallisen kudoksen osuuden väheneminen elimistössä, sydämen toiminnan heikkeneminen, verenkierron heikkeneminen aivoissa, sydämessä, maksassa ja munuaisissa sekä vastuksen kasvaminen ääreisverisuonissa. Toiminnallisen kudoksen osuus kehon painosta vähenee jopa 12 - 19 % ihmisen vanhetessa. Vanhetessa vesiliukoisten lääkkeiden teho saattaa kasvaa, sillä veden määrä kehossa vähenee ja lääkkeiden jakautumistilavuus pienenee. Kyseisiä lääkkeitä ovat digoksiini (Digoxin®), penisiliinit, kefalosporiinit, teofylliini (Theofol®) ja tulehduskipulääkkeet. Rasvan osuuden lisääntyessä kehon kokonaispainossa rasvaliukoisten lääkkeiden kokonaispitoisuus kasvaa. Huippupitoisuudet plasmassa saattavat olla tällaisilla lääkkeillä matalia, mutta poistuminen on hidasta ja vaikutusajat pitkiä. Vaarana on lääkkeen kertyminen

elimistöön. Rasvaliukoisia lääkkeitä ovat esimerkiksi diatsepaami (Diapam®) ja muut bentsodiatsepiinit. Vanhetessa plasman albumiinipitoisuus alenee. Varsinkin sairaiden ja aliravittujen ikäihmisten plasman albumiinipitoisuudet voivat olla hyvin matalia. Esimerkiksi furosemidi (Furesis®) sitoutuu runsaasti albumiiniin. (Kivelä 2004, 23 - 25.)

Pääosin lääkkeiden metabolia eli muuntuminen tapahtuu maksassa, mutta jotkut lääkkeet metaboloituvat osittain myös suolistossa, keuhkoissa ja munuaisissa. Vanhetessa maksan verenkierron heikkeneminen vähentää tietyn ajanjakson aikana maksaan tulevien lääkeaineiden määrää. Runsaan alkureitin metaboliaa omaavien lääkkeiden tehokkuus lisääntyy suun kautta annosteltuna, sillä vanheneminen heikentää alkureitin metaboliaa. Alkureitin metaboliaa heikentävät pienetkin muutokset maksassa lisäävät näiden lääkkeiden tehoa. Vanhenemismuutokset saattavat lisätä esimerkiksi nifedipiinin, labetalolin, nitraattien ja verapamiilin tehokkuutta. (Kivelä 2004, 25 - 26.)

Vanhetessa munuaiskudoksen määrä pienenee, nefronien määrä vähenee ja munuaisten verenkierto huononee. Kuona-aineiden ja lääkeaineiden erityskyky munuaisissa heikkenee. Munuaisten erityskyvyssä voi olla seurauksena 30 %:n alenema 65 ikävuoden paikkeilla ja 50 %:n alenema 80 vuoden iässä. Virtsaan erittyy muuttumattomassa muodossa täydellisesti tai osittain muutamia lääkkeitä. Digoksiini ja gentamysiini ovat esimerkkejä näistä. Lääke kumuloituu eli kertyy elimistöön, jos tällaisen lääkkeen terapeutinen leveys on suhteellisen kapea. Ikäihmisen lääkeannoksen tulee olla pienempi kuin työikäisen, jotta kumuloituminen voidaan estää. Kapean terapeuttisen leveyden omaavat lääkkeet voivat äkillisen sairauden yhteydessä aiheuttaa haittavaikutuksia. Päivittäinen lääkeannos on oltava 75 - 80 vuotta täyttäneillä pienempi kuin työikäisillä. Pääsääntöisesti lääkeannosten tulisi olla 50 % työikäisten annoksista. (Kivelä 2004, 27 - 29.)

3.2.2 Farmakodynamiikka ja vanheneminen

Farmakodynamiikka muuttuu vanhetessa ja sitä kautta myös lääkevasteet muuttuvat. Tämä johtuu kudosten toimintakyvyn heikkenemisestä solutasolla. Keskeisiä mekanismeja ovat fysiologisten ja homeostaattisten mekanismien heikkeneminen vanhetessa ja muutokset kudosten lääkeherkkyyksissä, jotka johtuvat reseptoreiden lukumäärän muutoksista, reseptoreiden herkkyiden muutoksista tai reseptoreiden aikaansaamien solutason reaktioiden muutoksista. (Kivelä 2004, 30.)

Spesifiset reseptorit mahdollistavat monien lääkkeiden vaikutuksen. Elimistössä on mm. kolinergisia, dopaminergisiä ja adrenergisiä reseptoreita. Lääkkeiden vaikutus saattaa muuttua, jos näissä spesifissä reseptoreissa tapahtuu muutoksia. Vanhetessa reseptoreisen määrä eli tiheys saattaa muuttua. Myös lääkeaineen kyky kiinnittyä reseptoriin eli affiniteetti voi muuttua. Reseptorin kalvon ympäristössä tai sitoutumismekanismeissa voi tapahtua muutoksia. Parhaiten tunnettuja reseptoritason muutoksia ovat beeta-adrenergisen järjestelmän muutokset. Beeta-adrenergisen järjestelmän muutoksista johtuen beetasalpaajalääkkeet (esim. propranololi; Propral®) ja beeta-agonistilääkkeet (esim. salbutamoli; Ventoline®) ovat ikäihmisillä vähemmän tehokkaita kuin työikäisillä. Työikäisiin verrattuna ikäihmiset ovat herkempiä esimerkiksi bentsodiatsepiineille, opioideille, varfariinille ja perinteisten neuroleptien vaikutuksille. (Kivelä 2004,30 - 31.)

Homeostaattisten mekanismien heiketessä iän myötä kyky kompensoida lääkkeiden vaikutuksia solutasolla heikkenee. Ikäihmiset saavat tämän vuoksi herkästi haittavaikutuksia lääkeaineista. Homeostaattisten ja fysiologisten mekanismien heikkeneminen voi johtaa autonomisen hermoston toimintahäiriöihin, esimerkiksi hypotensioon, rakon ja suolen toimintahäiriöihin, sekä sokeriaineenvaihdunnan häiriintymiseen, tasapainon ylläpitämisen ongelmiin ja lämmönsäätelykyvyn heikkenemiseen. Ikäihmisen keskushermosto on herkistynyt useiden lääkeaineiden vaikutuksille. Seurauksina ovat haittavaikutukset, kuten käytöshäiriöt, muistin heikkeneminen, sekavuus ja desorientaatio. (Kivelä 2004, 32.)

3.3 Ikäihmisen elämänlaadun ja terveyden edistäminen

Elämänlaatu on osa ihmisen yleistä hyvinvointia ja se koetaan subjektiivisesti. Elämänlaadun määrittäjiä ovat muun muassa onnellisuus ja tyytyväisyys, jotka vaihtelevat eri ikäkausina ja elämäntilanteen mukaan. Ikäihmisten elämänlaadun tärkeänä määrittäjänä on pidetty tyytyväisyyttä elämään, kun taas terveyden heikkeneminen on yhteydessä vähäisempään tyytyväisyyteen ja siten heikompaan elämänlaatuun. Ihmisen terveys on tärkeä tekijä elämänlaadun määrittäjänä. (Pietilä 2010, 191 - 192.)

Ikäihmisillä on monia erilaisia nimityksiä, joita ovat ikääntyvät, ikäihmiset, ikääntyneet vanhukset ja seniorit. Ikääntyneet ja vanhukset voidaan erottaa toisistaan kolmannen ja neljännen iän määrittelyllä. Kolmas ikä sijoittuu työelämän jälkeen 20 - 30 vuoden ajanjaksolle. Neljäs ikä tarkoittaa varsinaista vanhuutta, jolloin iän mukana tuomat sairaudet ja selviytymisongelmat aiheuttavat hoidon tarvetta ja riippuvuutta muista ihmisistä. (Pietilä 2010, 192.)

Ikäihmisellä tarkoitetaan opinnäytetyössämme yli 65-vuotiaasta ihmistä. Ikäihmisen toimintaan alkaa iän myötä vaikuttaa erilaiset psyykkiset ja fyysiset muutokset. Tällaisia ovat esimerkiksi muistin ja aistien heikkeneminen ja fyysinen suorituskyky. (Torniainen & Nurmi 8.11.2006; Kukkanen 26.4.2005.) Myös palautuminen fyysisten ponnistelujen jälkeen on hitaampaa kuin nuorella ihmisellä ja myös erilaisista sairauksista paraneminen kestää kauemmin kuin nuorella (Kivelä 2005, 9 - 10).

Ikäihmisen tukiverkko eli perheenjäsenet, ystävät, naapurit ja kotihoidon henkilökunta ovat Pietilän (2010, 193 - 194) mukaan yksi tärkeä elämänlaadun määrittäjä. Omassa kodissa asuminen ja toimiminen sosiaalisessa ympäristössä vaikuttavat olennaisesti elämänlaatuun. Toimintakyvyn säilyminen ja itsenäinen selviytyminen ovat tärkeitä tekijöitä arkielämän sujuvuudessa.

Keskeisiä hyvinvoinnin käsitteitä WHO:n määritelmässä ovat terveys ja toimintakyky. Toimintakyky tarkoittaa sitä, kuinka hyvin ja itsenäisesti ihminen suoriutuu arki-

päivän askareistaan. WHO:n määritelmän mukaan toimintakyky koostuu fyysisestä toimintakyvystä, suorituksista ja osallistumisesta. Terveiden lisäksi toimintakykyyn vaikuttavat yksilö- ja ympäristötekijät. Yksilötekijöitä ovat sosiodemografiset ominaisuudet eli ikä, sukupuoli ja koulutus. Psyykkiset ominaisuudet, elämänhistoria ja ihmisen elämän tavoitteet ovat myös tärkeitä yksilötekijöitä. (Pietilä 2010, 194.)

Toimintakyky koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toiminnasta. Liikuminen ja aistitoiminnot ovat fyysisen toimintakyvyn tärkeimpiä indikaattoreita. Psyykkisen toimintakyvyn indikaattoreita ovat taas elämänhallinta, psyykkinen hyvinvointi ja selviytymiskeinot, jolloin ihminen kykenee suoriutumaan kognitiivisista tehtävistä, jotka vaativat oppimista, kielellisiä taitoja ja muistamista. Sosiaaliset suhteet ja esimerkiksi erilaisten yhteisöjen jäsenyydet kuvaavat sosiaalista toimintakykyä. Toimintakyvyn eri osa-alueet ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa ja osin myös päällekkäisiä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 21 – 22; Pietilä 2010, 194.)

Uuden näkökulman mukaan huomio kiinnitetään ihmisen toimijuuteen toimintakyvyn tarkastelun sijaan. Toimijuutta määritellään sanoilla ”osata”, ”haluta”, ”täytyä”, ”voida”, ”tuntea” ja ”kyetä”. Tiedot ja taidot määrittävät ihmisen osaamisen. Haluaminen kertoo motivaatiosta ja tavoitteista ikäihmisen elämäntilanteessa. Arkielämän tilanteet tuovat mukanaan rajoitteita ja pakkoja, joihin taas sana ”täytyä” liittyy. Arkielämän tilanteiden vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia ilmentää sana ”voida” ja sana ”tuntea” viittaa emotioihin, jotka liittyvät erilaisiin asioihin ja tilanteisiin. Kykeneminen liittyy fyysiseen toimintakykyyn. Toimijuudessa nämä kaikki sanat kytkeytyvät toisiinsa. (Pietilä 2010, 195.)

Pietilän (2010, 196 - 197) mukaan yksilön kyky suoriutua itsenäisesti jokapäiväisistä tehtävistä, kuten kyvystä huolehtia itsestään, kodistaan ja läheisistään määrittää sosiaali- ja terveysalan palvelujen tarpeen. Yksilön autonomia, elämänlaatu ja hyvinvointi vähenevät toimintakyvyn heikentyessä. Iäkkään väestön toimintakykyä pyritään edistämään, jotta heidän tarvitsemansa palvelut voidaan turvata myös tulevaisuudessa. Ikäihmisten liikkumiskyvyn huononeminen on toimintakykyä hei-

kentävä tekijä. Ikäihmisten tulisikin ohjata liikkumaan mahdollisimman paljon, jotta toimintakyky pysyisi ennallaan ja elämänlaatu paranisi.

Ikäihmisen kotona asumisen edellytyksenä on, että hän säilyttää toimintakykynsä ja ylläpitää terveyttään. Ikäihmiselle tarjotaan erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, jotta elämänlaatu pysyisi hyvänä. Yksilöllinen palvelutarpeen arviointi on välttämätöntä, jotta ikäihminen saisi oikein kohdistettuja ja tehokkaita palveluja. Ikäihmisten tarpeita vastaavia palveluita voidaan kehittää väestön toimintakyvyn, sairastavuuden, väestörakenteen ja asuin- ja elinolojen kehityksen perusteella. Tärkeintä on, että palvelut ovat asiakkaiden tarpeisiin perustuvia. Ikäihmisten subjektiiviset tarpeet ja voimavarat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvio ovat kaksi tärkeää näkökulmaa ikäihmisten palvelutarpeiden arvioinnissa. Moniammatillinen yhteistyö korostuu tarpeiden arvioinnissa. (Pietilä 2010, 197 - 198.)

4 IKÄIHMISTEN YLEISIMMIN KÄYTTÄMÄT LÄÄKKEET

4.1 Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä

Ikäihmiset käyttävät yleisimmin sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä (Palva 2007, 11). Yleisimpiä ikäihmisten käyttämiä sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä ovat verenpainetautiin ja sydämen vajaatoimintaan käytettävät diureetit, beetasalpaajat, ACE-estäjät, kalsiumkanavan salpaajat ja digitalisvalmisteet sekä sepelvaltimotautiin käytettävät nitraatit ja rasva-aineenvaihduntaan vaikuttavat statinit. Ikäihmiset käyttävät myös verenkierron lääkkeitä, esimerkiksi verenohennuslääkkeitä, jotka ehkäisevät valtimotukoksia. (Airaksinen 2005, 91 - 103; Kivelä 2005, 98 - 106.)

Diureetit eli nesteenpoistolääkkeet lisäävät virtsaneritystä. Niitä käytetään kohonneen verenpaineen sekä sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Diureetit lisäävät munuaisten erittämän suolan määrää ja sen seurauksena myös veden määrää. Diureetit pienentävät plasmatilavuutta, joka johtaa verenpaineen laskuun. Näitä lääkkeitä käyttävän kaliumpitoisuuksia täytyy tarkkailla, koska monet diureetit lisäävät kaliumin poistumista elimistöstä. Muita haittavaikutuksia saattaa olla elimistön kuivuminen, natriumtasapainon horjuminen, virtsankarkailu sekä veren virtsahappopitoisuuden kohoaminen, jonka seurauksena saattaa puhjeta kihti. (Airaksinen 2005, 92; Kivelä 2005, 98 - 100.) Diureettien vaikuttavina aineina ovat esimerkiksi hydroklooritiatsidi (Hydrex®), furosemidi (Furesis®) ja amiloridi ja tiatsidi-diureetti (Diurex®) (Nurminen 2001, 149).

Beetasalpaajat vaikuttavat siten, että ne pienentävät sydämen syketiheyttä levossa ja rasituksessa. Beetasalpaajat vaikuttavat beeta- 1 - reseptoreihin sydämessä ja rasvakudoksessa. Ne vaikuttavat myös beeta- 2 - reseptoreihin, jotka sijaitsevat kohdussa, verisuonissa ja keuhkoputkissa. Sydän- ja verenpainelääkkeinä käytetään yleisimmin beeta- 1 - selektiivisiä salpaajia, jolloin vaikutus saadaan kohdistumaan ensisijaisesti sydämen reseptoreihin. Muita käyttötarkoituksia beetasal-

paajilla ovat rytmihäiriöiden ja rasisusrintakivun hoito, sydäninfarktin ehkäisy, migreenin ehkäisy ja vapina. Pitkäaikaista käyttöä ei saa koskaan lopettaa äkkiä. (Airaksinen 2005, 92 - 93.) Haittavaikutuksina saattaa esiintyä rauhatonta unta, jalkojen väsymistä ja yleistä voimattomuutta (Airaksinen 2005, 92 - 93; Kivelä 2005, 103). Beetasalpaajien vaikuttavia aineita ovat muun muassa atenololi (Atenolol®), metoprololi (Seloken®), bisoprololi (Bisoprolol®), propranololi (Propal®) ja karvediloli (Cardiol®) (Nurminen 2001, 149).

ACE-estäjät estävät angiotensiinikonvertaasientymin syntyä, jolloin verisuonet laajenevat ja verenpaine laskee sekä sydämen työmäärä vähenee. ACE-estäjillä ei juuri ole haittavaikutuksia, tavallisin ongelma on kuiva yskä. (Airaksinen 2005, 93.) ACE-estäjien vaikuttavia aineita ovat muun muassa enalapriili (Enalapril®), ramipriili (Cardace®) (Nurminen 2001, 152). Alkoholi saattaa voimistaa enalapriilin vaikutusta (Pharmaca Fennica 2007a, 897).

Kalsiumkanavan salpaajat vähentävät kalsiumin virtausta solun sisään, jolloin verisuonen seinämän lihakset relaksoituvat. Tämän seurauksena verisuonet laajenevat ja verenkierron vastus vähenee pienimmissä suonissa, jolloin verenpaine laskee. Jos systolinen paine on korkea, kalsiumkanavan salpaajia voidaan käyttää aloituslääkkeenä. Haittavaikutuksina saattaa esiintyä nilkkojen turvotusta, ihonpunoitusta ja ummetusta. (Airaksinen 2005, 93 - 94.) Kalsiumkanavan salpaajien vaikuttavia aineita ovat esimerkiksi amlodipiini (Amlodipin®), felodipiini (Felodipin®) ja verapamiili (Verpamil®) (Nurminen 2001, 153). Kalsiumkanavan salpaajilla ei näyttäisi olevan merkittäviä yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa (Pharmaca Fennica 2007a, 124 - 125, 1013 - 1014; Pharmaca Fennica 2007b, 2966 - 2968).

Digitalisvalmisteita käytetään sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Sydänlihaksen supistumisvireys lisääntyy digitalisvalmisteita käytettäessä. Lääkitys on paikallaan silloin, jos diureetit ja ACE-estäjät eivät yksinään riitä korjaamaan vajaatoimintaa. Digitalisvalmisteiden terapeuttinen leveys on hyvin kapea. Toisinaan sydämen vajaatoimintaan liittyvää eteisvärinää voidaan myös yrittää korjata digitalisvalmisteilla. (Airaksinen 2005, 96.) Ikäihmisillä digitalisvalmisteet poistuvat elimistöstä hi-

taasti, jonka vuoksi veren digoksiinipitoisuutta täytyy seurata. Haittavaikutuksina on yleisimmin pahoinvointi, oksentelu, väsymys, ruokahaluttomuus, sekavuus ja keltaisten värien näkeminen. Myös rytmihäiriöitä saattaa esiintyä. Digitalisvalmisteista saavat haittavaikutuksia herkimmin ne ikäihmiset, joiden veren kaliumpitoisuudet ovat matalat. (Kivelä 2005, 106.) Digitalisvalmisteen vaikuttavana aineena on digoksiini (Digoxin®) (Nurminen 2001, 165). Digitalisvalmisteilla ei ole merkittäviä yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa (Pharmaca Fennica 2007a, 779 - 780).

Nitraatteja käytetään äkillisen rintakipukohtauksen hoitoon ja rintakipukohtausten estoon. Nitraatit laajentavat verisuonia koko elimistössä ja sydämessä. Tällöin sydämen työmäärä vähenee ja sydänlihaksen saama hapen ja ravintoaineiden määrä lisääntyy. Jos kyseessä ei ole sydäninfarkti, kipu häviää nopeasti. Nitraattien ongelmallisin haittavaikutus on ortostaattinen hypotonia. (Kivelä 2005, 101 - 102.) Nitraattien vaikuttavina aineina ovat muun muassa glyseryylinitraatti kielen alle (Nitro®), isosorbididinitraatti suusumutteena (Dinit®) ja isosorbidimononitraatti (Ismox®) (Nurminen 2001, 163). Alkoholin samanaikainen käyttö lisää nitraattien verenpainetta alentavaa vaikutusta ja voi aiheuttaa voimakasta hypotensiota ja pyörtymisen (Pharmaca Fennica 2007a, 784 - 785, 1402 - 1403; Pharmaca Fennica 2007b, 1967 - 1968).

Statiinit alentavat veren kolesterolipitoisuuksia. Ne hidastavat sepelvaltimotaudin kulkua ja estävät uuden sydäninfarktin syntyä. Statiinit myös ehkäisevät sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen syntyä. Myönteiset vaikutukset statiineista on todettu pääasiassa alle 75 - 80-vuotiaiden keskuudessa. Statiinien haittavaikutuksina voi esiintyä erilaisia lihaskipuja, jotka johtuvat veren kreatiinikinaasipitoisuuden noususta. Kreatiinikinaasipitoisuuden nousu saattaa johtua samanaikaisesti käytössä olevasta toisesta lääkkeestä, joka estää statiinin hajoamista maksassa ja nostaa sen pitoisuutta veressä. Varsinkin ikäihmisten kohdalla on seurattava maksan toimintaa laboratoriokokeiden avulla. (Kivelä 2005, 104 - 105; Kivelä 2004, 83 - 84.) Statiinien vaikuttavina aineina ovat esimerkiksi atorvastatiini (Lipitor®), simvastatiini (Lipcut®), kolestipoli (Lestid®) ja gemfibrotsiili (Lopid®) (Nurminen 2001, 187).

Runsasta alkoholin käyttöä tulisi välttää statiinien käytön aikana (Pharmaca Fennica 2007b, 1599 - 1602, 1651 - 1652).

Verenkierron lääkkeisiin kuuluvat veren hyytymistä ehkäisevät lääkkeet ja trombosyyttien toimintaa estävät lääkkeet. Veren hyytymistä estävästä lääkkeestä esimerkkinä on varfariini (Marevan®) ja enoksapariini (Klexane®) ja nämä antikoagulantit ehkäisevät trombien eli verihyytymistä johtuvien verisuonitukosten laajentumista ja uusien hyytymien muodostumista. Nämä lääkkeet estävät veren hyytymisjärjestelmän normaalia toimintaa. Antikoagulantteja käytetään syvien laskimotukosten ja keuhkoveritulpan hoidossa ja ehkäisyssä. Trombosyyttien toimintaa estävistä lääkkeistä esimerkkinä on asetyylisalisyylihappo (Aspirin®) ja ASA (Asasantin Retard®). Näitä lääkkeitä käytetään valtimoverenkierron tukosten ehkäisyssä ja hoidossa, esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöiden ja sydäninfarktien estossa ja hoidossa, myös sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen. (Nurminen 2007, 171 - 181; Airaksinen 2005, 99 - 103.) Samanaikainen alkoholin ja asetyylisalisyylihapon käyttö voi lisätä maha-suolikanavan verenvuotoriskiä (Pharmaca Fennica 2007a, 221 - 222).

Varfariini on oraalinen antikoagulantti, joka estää maksassa K-vitamiinista riippuvien hyytymistekijöiden muodostumista. Sen kapean terapeuttisen leveyden vuoksi lääkettä käyttävien potilaiden veren hyytymistä kuvaavaa INR-arvoa seurataan säännöllisesti laboratoriokokein. Varfariinin tyypillisin haittavaikutus on verenvuodot. Varfariinilla on herkästi yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. Alkoholin käyttöä on rajoitettava, koska alkoholi voi muuttaa veren hyytymistä estävää vaikutusta. (Airaksinen 2005, 231; Nurminen 2007, 173 - 175.)

4.2 Psyykenlääkkeitä

Ikäihmisten toiseksi eniten käyttämiä lääkkeitä ovat psyykenlääkkeet, jotka vaikuttavat keskushermostoon (Palva 2007,11). Tavallisimpia ikäihmisten käyttämiä psyykenlääkkeitä ovat masennuslääkkeet, joita ovat serotoniinin takaisinoton estä-

jät SSRI-lääkkeet, MAO-estäjät, trisykliset masennuslääkkeet ja uuden polven masennuslääkkeet. Muita ikäihmisten tavallisimmin käyttämiä psyykenlääkkeitä ovat psykoosilääkkeet ja bentsodiatsepiinijohdannaiset lääkkeet ahdistuneisuuteen ja unettomuuteen. (Airaksinen 2005, 130 - 138; Kivelä 2005, 65 - 73; Nurminen 2007, 266 - 280.)

Masennuslääkkeisiin kuuluva serotoniinin takaisinoton estäjä on hyvin yleisesti käytetty masennuslääke. Lääke vaikuttaa siten, että serotoniin takaisinotto estyy, jolloin serotoniinia jää solujen välitilaan enemmän ja serotoniinin vähyden aiheuttamat ongelmat korjaantuvat. Lääkehoidon alussa saattaa esiintyä erilaisia haittavaikutuksia, esimerkiksi rauhattomuutta, unettomuutta, pahoinvointia, ahdistuneisuutta, vatsavaivoja ja päänsärkyä. Lääkettä on käytettävä varoen verenvuotoriskiä lisäävien lääkkeiden kanssa. Haittavaikutuksena voi olla myös vakava serotoniinioireyhtymä, jolloin oireet ovat vakavampia, muun muassa hikoilua, vapinaa, koordinaatiohäiriöitä, tajunnan tason muutoksia, lihasjäykkyyttä ja kouristuksia. Serotoniinioireyhtymä saattaa puhjeta silloin, jos ikäihminen käyttää useampaa serotonergisesti vaikuttavaa lääkettä. Serotoniinioireyhtymä saattaa johtaa jopa kuolemaan. Vaikuttavina aineina ovat muun muassa fluoksetiini (Fluoxal®), sitalopraami (Citalopram®), essitalopraami (Ciprallex®). (Airaksinen 2005, 131 - 132; Kivelä 2004, 86 - 90; Spoov & Syvälahti 2003, 23.) Alkoholin käyttöä ei suositella yhdessä sitalopraamin tai essitalopraamin kanssa (Pharmaca Fennica 2007a, 542, 591).

MAO-estäjät vaikuttavat siten, että ne estävät monoamiinioksidaasientsyymin toimintaa. Ne estävät myös keskushermoston noradrenaliinin ja serotoniinin hajoamista, jolloin niiden pitoisuudet suurenevat. Lääkettä käytetään depression hoidossa, vaikuttavana aineena on moklobemidi (Aurorix®). Haittavaikutuksina voi esiintyä muun muassa pahoinvointia, päänsärkyä, unihäiriöitä ja huimausta. Moklobemidi ei lisää alkoholin keskushermostovaikutuksia. Myös serotoniinioireyhtymä voi olla mahdollinen, jos käytössä on muitakin masennuslääkkeitä. (Kivelä 2005, 66 - 67; Nurminen 2007, 177 - 278; Spoov & Syvälahti 2003, 25 - 26.)

Trisykliset depressiolääkkeet estävät noradrenaliinin ja serotoniinin kulkeutumisen synapsiraosta takaisin hermopääteeseen, jolloin näiden välittäjäaineiden pitoisuudet kasvavat synapsissa. Trisykliset masennuslääkkeet ovat vanhimpia masennuslääkkeitä ja niillä onkin melko paljon haittavaikutuksia, jonka vuoksi niitä käytetään enää melko vähän. Haittavaikutuksia esiintyy varsinkin hoidon alussa, muun muassa suun kuivumista, ummetusta ja näköhäiriöitä. Ikäihmisillä haittavaikutukset voivat esiintyä lisäksi muistihäiriöinä, sekavuutena, väsymyksenä ja reaktioajan pitenemisenä. Trisyklisillä masennuslääkkeillä on myös haitallisia sydänvaikutuksia, jotka ilmenevät yleisimmin asenohypotensiona, vakavimmin se ilmenee siten, että PQ-, QRS- ja QT-ajat pitenevät. Lääke vaikuttaa myös ikäihmisen verenpaineheijasteen toimintaan, jolloin verenpaine saattaa romahtaa, mistä taas seuraa tasapainon menettäminen. Runsaiden haittavaikutusten vuoksi trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella käytettävän iäkkäiden masennuksen hoitoon. Vaikuttavana aineena on muun muassa amitriptyliini (Triptyl®), doksepiini (Doxal®), klomipramiini (Anafranil®). (Nurminen 2007, 278 - 280; Kivelä 2005, 66 - 67; Kivelä 2004, 58; Spoov & Syvälahti 2003, 22.) Doksepiini saattaa aiheuttaa yhdessä alkoholin kanssa käytettynä intoksikaatio ja amitriptyliini voimistaa alkoholin vaikutusta elimistössä (Pharmaca Fennica 2007a, 824; Pharmaca Fennica 2007b, 2892).

Uuden polven masennuslääkkeitä ovat esimerkiksi mianseriini (Miaxan®) ja mirtatsapiini (Mirtatzapin®), jotka lisäävät noradrenaliinin vapautumista hermopääteestä ja mirtatsapiini lisäksi myös lisää serotoniinin vapautumista. Näillä lääkkeillä on väsyttävä vaikutus, joka voi olla joissakin tapauksissa hyödyksi unihäiriöiden hoidossa. Haittavaikutuksiin kuuluu ruokahalun lisääntyminen, joka voi johtaa painonnousuun. Lääke otetaan väsyttävän vaikutuksen vuoksi aina illalla, eikä lääkitystä saa lopettaa äkillisesti. Lääke on hyvin siedettävä vähäisten haittavaikutusten vuoksi. (Nurminen 2007, 279 - 280; Spoov & Syvälahti 2003, 26 - 27.) Alkoholin käyttöä tulisi välttää lääkityksen aikana, sillä se voimistaa alkoholin keskushermostoa lamaavaa vaikutusta (Pharmaca Fennica 2007b, 1783, 1827).

Psykoosilääkkeitä käytetään pääasiassa skitsofrenian hoidossa ja muista syistä johtuvissa psykoositiloissa. Tavanomaiset psykoosilääkkeet vaikuttavat siten, että ne estävät dopamiinin vaikutuksia salpaamalla aivojen dopamiinireseptoreita. Lääkkeen hoitovaste saadaan useiden viikkojen kuluessa ja se vakiintuu noin kuuteen viikkoon mennessä. Tavanomaiset psykoosilääkkeet tehoavat hyvin skitsofrenian positiivisiin oireisiin, eli harhaluuloihin ja aistiharhoihin. Sairauden negatiivisiin oireisiin, eli puheen köyhtymiseen ja passiivisuuteen nämä lääkkeet eivät tehoakaan yhtä hyvin. Haittavaikutuksena voi ilmetä väsymystä, vapinaa, lihaskäykyä, motorista levottomuutta, pakkoliikkeitä, verenpaineen laskua, suun kuivumista, ummetusta, virtsaamisvaivoja ja näön hämärtymistä. Lääkkeet voivat aiheuttaa myös painonnousua, ihottumia, sydämen rytmihäiriöitä ja ihon keltaisuutta. Kivelän (2004, 57) mukaan tavanomaiset psykoosilääkkeet voivat nopeuttaa ikäihmisillä dementian etenemistä, jolloin heillä olisi käytettävä mieluummin toisen polven psykoosilääkkeitä. Vaikuttavina aineina ovat esimerkiksi haloperidoli (Serenase®), klooripromatsiini (Klorproman®), klooriprotikseeni (Truxal®), levomepromatsiini (Levozin®), melperoni (Melpax®). (Nurminen 2007, 272 - 275; Kivelä 2005, 68 - 69; Skitsofrenia, 1.1.2008.) Psykoosilääkkeet lisäävät alkoholin keskushermostoa lamaavaa vaikutusta, joten niitä ei suositella käytettävän yhtäaikaan (Pharmaca Fennica 2007a, 1503, 1575; Pharmaca Fennica 2007b, 1743, 2522).

Toisen polven psykoosilääkkeet aiheuttavat vähemmän neurologisia haittavaikutuksia kuin tavanomaiset psykoosilääkkeet. Toisen polven psykoosilääkkeet vaikuttavat paremmin sairauden negatiivisiin oireisiin ja vähäisten haittavaikutusten vuoksi näitä voidaan käyttää ensisijaislääkkeenä ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneella. Olantsapiini (Zyprexa®) ja risperidoni (Risperdal®) salpaavat dopamiinireseptoreiden lisäksi myös aivojen serotoniinireseptoreita. Ennen lääkehoidon aloittamista olisi hyvä selvittää potilaan riskitekijät diabetekseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin sairastumiseen, koska lääkityksen haittavaikutuksena on painonnousu ja veren rasva- ja glukoosiarvojen nousu. Veren glukoosipitoisuutta ja kolesterolin- ja triglyseridiarvoja tulisi seurata ennen lääkehoitoa ja kolme kuukautta lääkehoidon aloittamisen jälkeen. Myös painon ja verenpaineen seuraaminen on tärkeää. Klotsapiini (Leponex®) on epätyypillinen psykoosilääke eli neurolepti. Se

tehoaa muille antipsykoottisille lääkeaineille hoitoresistenteissä skitsofreniatapa-uksissa. Lääke aiheuttaa helposti veren valkosolujen vähenemistä ja agranulosytoosia, jonka vuoksi potilaan verenkuvaa on seurattava säännöllisesti. Kaikissa psykoosilääkkeiden käytössä on pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän riski, jonka oireita ovat sekavuus, tajunnantason aleneminen, kuumeilu, kouristelut ja lopulta jopa tajuttomuus. (Nurminen 2007, 274 - 275; Kivelä 2005, 70; Skitsofrenia 1.1.2008.) Klotsapiinihoidon yhteydessä ei tule käyttää alkoholia sen mahdollisen sedatoivan vaikutuksen voimistumisen vuoksi (Pharmaca Fennica 2007a, 1558).

Ahdistuneisuuteen ja unettomuuteen käytetään usein bentsodiatsepiineja. Ne vaikuttavat tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta lievittämällä eli anksiolyyttisesti. Lääke lievittää vain ahdistuneisuuden oireita, eikä hoida perimmäistä syytä, joka ahdistuneisuuden aiheuttaa. Bentsodiatsepiinit on tarkoitettu lyhytaikaiseen käyttöön, koska muuten niihin kehittyy riippuvuus ja syntyy lääketoleranssi. Diatsepaami (Diapam®) on hyvä rauhoittava lääke päiväkäytössä. Bentsodiatsepiineillä on usein väsyttävä vaikutus, jolloin niitä voidaan käyttää myös unilääkkeinä. Midatsoolaami (Dormicum®) ja triatsolaami (Halcion®) ovat ultralyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja, joita voidaan käyttää nukahtamisvaikeuksien tilapäishoidossa. Katkonaisen unen ja varhaisen heräämisen hoitoon on hyvä käyttää keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja, esimerkiksi tematsepaamia (Tenox®). Bentsodiatsepiineja käytetään myös kouristuskohtausten hoidossa. Ne rentouttavat myös lihaksia, jolloin niitä voidaan hyödyntää esimerkiksi iskiaksen hoidossa. (Nurminen 2007, 267; Kivelä 2005, 73.)

Haittavaikutuksina bentodiatsepiineillä on väsymys, lihasvelttous ja muistivaikeudet. Muita vakavia haittavaikutuksia ovat lihasheikkous, ataksia, kaksoiskuvat, puhevaikeudet, apatia ja sekavuus. Alkoholi vahvistaa bentsodiatsepiinien vaikutusta. (Leinonen, Lepola & Koponen 2000, 2855 - 2856.)

Buspironia (Buspiron®) käytetään ahdistuneisuuden hoitoon. Buspironi vaikuttaa serotoniinivälitteiseen hermotoimintaan aivoissa. Hoitovaste saavutetaan noin 1 - 3 viikon kuluttua lääkityksen aloituksesta, jolloin on tärkeä ottaa huomioon, että

sitä käytetään vain tilanteissa, joissa ei tarvitse saada vaikutusta välittömästi. Buspironi on hyvin siedetty lääke, mutta joskus haittavaikutuksina saattaa ilmetä vatsavaivoja, uneliaisuutta, päänsärkyä ja huimauksen tai heikotuksen tunnetta. Lääkkeelle ei kehity toleranssia eikä se vahvasta alkoholin keskushermostovaikutuksia. (Nurminen 2007, 268 - 269; Airaksinen 2005, 133 - 134.)

Erityisesti unilääkkeenä käytetty tsopikloni (Imovane®) on keskipitkävaikutteinen unilääke, jota käytetään eniten bentsodiatsepiinien ohella unettomuuden hoidossa. Lääkettä siedetään hyvin, mutta joitakin haittavaikutuksia saattaa ilmetä, kuten suun kuivumista ja vanhuksilla sekavuutta ja muistihäiriöitä. Tzolpideemia (Somnor®) ja tsaleplonia (Sonata®) käytetään tilapäiseen ja lyhytaikaiseen unettomuuteen, joka kuitenkin haittaa toimintakykyä. Vaikutus alkaa nopeasti, joten ne täytyy ottaa juuri ennen sänkyyn menoa. (Nurminen 2007, 269; Airaksinen 2005, 136 - 138; Kivelä 2005, 73.) Alkoholi saattaa lisätä tsopiklonin, tsolpideemin ja tsaleplonin sedatoivaa vaikutusta, joten samanaikaista alkoholinkäyttöä ei suositella (Pharmaca Fennica 2007a, 1333; Pharmaca Fennica 2007b, 2636, 2637).

Unilääkkeenä saatetaan käyttää myös väsyttäviä antihistamiineja esimerkiksi hydroksitsiinia (Atarax®). Lääkkeen vaikutus saattaa heikentyä jatkuvassa käytössä, mutta se ei aiheuta riippuvuutta. (Nurminen 2007, 269.) Alkoholi voimistaa hydroksitsiinin vaikutusta, joten yhteiskäyttöä ei suositella (Pharmaca Fennica 2007a, 232).

4.3 Ruuansulatuskanavan lääkkeitä

Ummetus lisääntyy iän mukana. Suolen tyhjeneminen on jokaiselle yksilöllistä, mutta yleensä se tapahtuu 8 tunnin - 3 vuorokauden välein. Ohimenevää ummetusta saattavat aiheuttaa tilapäiset muutokset. Ummetuksesta pysyvästi kärsivien tulisi selvittää vaivan syy ja aloittaa asianmukainen hoito mahdollisimman pian. Vain jos ummetus aiheuttaa potilaalle vaivoja, se vaatii hoitoa. (Airaksinen 2005, 163; Nurminen 2007, 208.) Monet lääkeaineet aiheuttavat ummetusta. Näitä ovat

rautavalmisteet, alumiinipitoiset antasidit, psyykenlääkkeet ja verapamiili. (Nurminen 2007, 208.)

Perustana hoidolle on aina riittävä ruokavalion neste- ja kuitumäärä sekä liikunnan lisääminen. Ikäihmisille liikunnan lisääminen saattaa olla hankalaa huonon liikuntakyvyn takia. Nestettä on juotava 30 millilitraa painokiloa kohti vuorokaudessa. (Airaksinen 2005, 164; Nurminen 2008.) Vaikutusmekanisminsa perusteella ulostuslääkkeet voidaan jaotella suolen sisältöä lisääviin ulostuslääkkeisiin, osmoottisiin ulostusaineisiin, suolta stimuloiviin ulostusaineisiin ja ulostetta pehmentäviin aineisiin. (Nurminen 2007, 208.)

Suolen sisältöä lisäävät ulostusaineet aiheuttavat suolen seinämän venymistä ja normaalin ulostamisrefleksin voimistumista kasvattamalla ulosteen määrää. Psylliumin (Vi-Siblin®) siemenistä valmistettuja rakeita tai jauheita voidaan käyttää vähäkuituisen ruokavalion täydennykseksi. Ulostemassan tilavuus lisääntyy, kun ne imevät itseensä paksusuoleessa runsaasti vettä. Uloste muuttuu samalla löysemäksi, joten ulostamisesta tulee helpompaa ja nopeampaa. Pitkäaikainenkin suolen sisältöä lisäävien laksatiivien käyttö on turvallista, sillä ne eivät imeydy ruuansulatuskanavasta verenkiertoon. (Nurminen 2007, 209). Suolen sisältöä lisäävillä ulostusaineilla ei näyttäisi olevan yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. (Pharmaca Fennica 2007b, 3002.)

Osmoottiset ulostusaineet pitävät osmoosin avulla vettä suolessa ja imevät sitä suoleen. Ne imeytyvät huonosti ruuansulatuskanavasta verenkiertoon. Osmoosin vuoksi ne lisäävät ja pehmentävät ulostemäärää. Ulostuttavat sokerit, laktuloosi (Levolac®) ja laktioli (Lalax®) ovat imeytymättömiä sokerijohdoksia, joita käytetään osmoottisina ulostuslääkkeinä. Suolistossa ne pilkkoutuvat vasta paksusuolen bakteerien vaikutuksesta, keräävät nestettä ja muodostavat suolen pH:ta pienentäviä happoja. Yleensä ulostuttava vaikutus alkaa 2 - 4 vuorokauden kuluessa. Niiden käyttöä rajoittavia haittavaikutuksia ovat ripuli ja ilmavaivat. Myös makrogoli (Movicol®) on osmoottinen ulostusaine, joka ei merkittävästi imeydy. Makrogolia käytetään myös kolonoskopiatutkimuksia edeltävästi paksusuolen tyh-

jennysaineena. Vaikutus ilmenee nopeasti, muutamassa tunnissa. Ilmavaivat, pahoinvointi, ripuli ja siihen liittyvä ulosteen pidätyskyvyttömyys ovat mahdollisia haittavaikutuksia. (Nurminen 2007, 209.) Osmoottisilla ulostusaineilla ei ole yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. (Pharmaca Fennica 2007a, 1513, 1574.)

Suolta stimuloivat eli ärsytystä suolen seinämään aiheuttavat ulostusaineet lisäävät suoliston liikehdintää ja siten vilkastuttavat ulostamista. Senna (Sennapur®), bisakodyyli (Toilax®) ja natriumpikosulfaatti (Laxoberon®) ovat pääasiassa pakususuolta stimuloivia aineita. Vaikutukset näkyvät suun kautta otettuna 6 - 10 tunnin kuluttua. Peräpuikkoina ja pienoisperäruiskeina saatavilla oleva bisakodyyli vaikuttaa noin puolessa tunnissa. Ne soveltuvat ummetuksen hoitoon vain lyhytaikaisesti ja tilapäisesti. Haittavaikutuksina suolta stimuloivista ulostusaineista voi aiheutua vatsan nipistelyä ja vatsakipua. Myös suolen tyhjentyminen voi olla liian voimakasta ja kivuliasta. Nestehukka ja suolatasapainon häiriöt ovat mahdollisia liiallisessa käytössä. Suolta stimuloivien laksatiivien on epäilty vaurioittavan suolen hermostoa ja johtavan suolen lamaantumiseen pitkäaikaisessa käytössä. Suolen tottueksa jatkuvaan stimulaatioon saattaa suolen normaali toiminta heikentyä ja siksi näiden ulostuslääkkeiden käyttö tulisi pyrkiä pitämään ainoastaan lyhytaikaisena ja tilapäisenä. (Nurminen 2007, 210.) Suolta stimuloiville ulostusaineilla ei ole yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. (Pharmaca Fennica 2007a, 1554; Pharmaca Fennica 2007b, 2514, 2840 - 2841.)

Mahahappoa neutraloivat ja mahan happamuutta vähentävät aineet eli antasidit soveltuvat parhaiten lähinnä tilapäisten ylävatsavaivojen ja närästyksen itsehoitoon. Alumiini-, kalsium- ja magnesiumsuolat (Rennie®) ovat eniten käytettyjä antasideja. Niitä on saatavina muun muassa tabletteina, purutabletteina ja oraalinesteinä. Haittavaikutuksina esiintyy alumiini-kalsiumyhdisteiden käytöstä ummetusta, kun taas magnesiumsuolat voivat aiheuttaa ripulia. Ruuansulatuskanavan haitat vähenevät, kun käytetään alumiini- ja magnesiumsuolojen yhdistelmiä. Munuaisten vajaatoimintapotilailla alumiini ja magnesium saattavat kertyä elimistöön, joten heille näitä valmisteita ei tulisi antaa. Antasidien annon jälkeen on varmintä pitää noin kahden tunnin väli muiden lääkkeiden antoon, sillä ne hidastavat monien

muiden samanaikaisesti otettavien lääkeaineiden (esim. tetrasykliinantibioottien) imeytymistä. Alumiini saattaa jatkuvassa käytössä kertyä elimistöön ja aiheuttaa vakavia oireita, joten alumiinia sisältäviä antasideja ei suositella käytettävän yhtämittaa yli kahdeksaa viikkoa. (Nurminen 2007, 202 - 203.) Antasidit eivät aiheuta yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa (Pharmaca Fennica 2007b, 2413 - 2414.)

Mahahapon eritystä vähentäviä lääkeaineita ovat histamiini H₂ -salpaajat ja protonipumpun estäjät. H₂ -salpaajat estävät elimistössä muodostuvan histamiinin vaikutusta, joka lisää mahan suolahapon eritystä. Histamiinin sitoutuminen histamiini H₂ -reseptoreihin estyy. Histamiini H₂ -salpaajia ovat famotidiini (Pepcid®) ja nykyään käytetyin, myös itsehoitolääkkeenä saatava, H₂ -salpaaja ranitidiini (Ranimex®). Useimmiten H₂ -salpaajat aiheuttavat vain lieviä haittavaikutuksia ja ovatkin yleensä hyvin siedettyjä. Protonipumpun estäjät estävät mahahappoa erittävien parieteelisolujen pinnalla olevien protonipumppujen toiminnan. Protonipumpun toiminnan estymisen johdosta mahahapon erityis vähenee. Protonipumpun estäjiä ovat esimerkiksi omepratsoli (Losec®), lansopratsoli (Lansoprazol®), esomepratsoli (Nexium®) ja pantsopratsoli (Somac®). Omepratsoli ja lansopratsoli saattavat heikentää joidenkin samanaikaisesti käytettävien lääkeaineiden poistumista elimistöstä sekä heikentää maksan entsyymitoimintaa. (Nurminen 2007, 204.) Mahahapon eritystä vähentävillä lääkeaineilla ei ole todettu yhteisvaikutuksia alkoholinkäytön yhteydessä. (Pharmaca Fennica 2007a, 1536 - 1537, 1543; Pharmaca Fennica 2007b, 1661 - 1662, 1937 - 1939, 2190 - 2192, 2347 - 2348, 2627 - 2629.)

4.4 Monilääkitys eli polyfarmasia

Monilääkitys eli polyfarmasia on kasvava ikäihmisten ja monisairaiden kansanterveysongelma. Henkilöä, joka käyttää kuutta tai useampaa lääkettä, pidetään monilääkittyinä. Polyfarmasiapotilaista kolmasosalla on lääkkeiden sivu- tai yhteisvaikutuksia. Suomessa monilääkittyjä asiakkaita on arviolta 300 000, joten lääkityksen kokonaisarviosta voidaan arvioida hyötyvän yli 100 000 ihmisen. Luotettava lääke-

tieteellinen ja farmaseuttinen arviointi lisää monisairaana turvallisuutta, parantaa asiakkaan elämänlaatua ja hyvinvointia sekä alentaa usein lääkekustannuksia. Lääkityksen tarpeen ja turvallisuuden arviointi tulisi sosiaali- ja terveysministeriön edellytysten mukaan tehdä vuoden välein iäkkäille asiakkaille. (Monilääkitys eli polyfarmasia, [viitattu 13.4.2010].)

Vain harvoin lääkehoito pystytään toteuttamaan siten, että asiakkaalla olisi käytössä vain yksi lääke. Parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi ja lääkkeen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi jo yhden sairauden hoitoon yhdistetään useita eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä. Verenpainetauti, astma, diabetes ja Parkinsonin tauti ovat muun muassa tällaisia sairauksia. Tarvittavan lääkehoidon määrää lisää vielä se, että monilla asiakkailla on enemmän kuin yksi sairaus. Lääkehoidon suunnittelu, lääkkeiden valinta ja lääkkeiden otto tulevat tämän takia käytännössä haastaviksi. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan samanaikaisesti tulisi käyttää korkeintaan kolmea lääkettä. Monilääkitys aiheuttaa monenlaisia haittoja sekä lääkkeen käyttäjälle että yhteiskunnalle, ja siksi sitä tulisi välttää. Monilääkitys on myös suurin ei-toivottujen lääkereaktioiden aiheuttaja. (Airaksinen 2005, 19 - 20.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön on tarvittaessa laadittava yksityiskohtainen lääkkeidenottosuunnitelma yhdessä muiden ammattihenkilöiden tai farmaseutin kanssa, jos asiakas käyttää useita eri lääkkeitä. Ammattihenkilön tulee käydä tämä suunnitelma läpi yhdessä asiakkaan kanssa. On myös varmistettava, että lääkkeiden otto sujuu suunnitelman mukaisesti. Lääkkeiden käytöstä tarvitaan riittävän yksityiskohtaiset ohjeet. Viikkoannostelijan eli dosetin käyttö helpottaa lääkkeiden oton muistamista. Apteekit tarjoavat myös annosjakelupalvelua, jossa lääkkeet pakataan kerta-annospusseihin. (Airaksinen 2005, 20.)

5 LÄÄKKEIDEN JA ALKOHOLIN YHTEISVAIKUTUKSET

Lääkkeiden yhteisvaikutukset tarkoittavat sitä, että lääkkeillä voi olla yhteisvaikutuksia toisten lääkkeiden kanssa, joidenkin elintarvikkeiden ja myös alkoholin kanssa. Lääkkeiden yhteisvaikutukset estävät usein lääkkeiden yhtäaikaisen käytön, mutta joskus lääkkeiden yhteisvaikutukset voivat olla jopa toivottuja. (Lääkkeiden haittavaikutukset, [viitattu 7.4.2009].) Lääkkeiden yhteisvaikutukset voivat olla joko toisiaan vahventavia tai heikentäviä (Nurminen 2007, 67). Kahden lääkkeen yhtäaikaisessa käytössä voi käydä niin, että toisen lääkkeen vaikutus menetetään siten, ettei se imeydy toisen lääkkeen vaikutuksesta. Lääkkeiden yhteisvaikutukset voivat olla myös sellaisia, että toinen lääke ei hajoa maksassa ollenkaan. (Kivelä 2005, 118.)

Alkoholijuoma on etanolipitoinen juoma. Etanoli toimii päihteenä ja sillä on keskushermostoa lamaannuttava vaikutus. Alkoholin runsaasta käytöstä voi aiheutua riippuvuutta eli alkoholismia. (Nurminen 2007, 536 - 538.)

Alkoholi on eniten käytetty päihde maailmassa kofeiinin ja nikotiinin jälkeen. Tuote tai aine on alkoholilain mukaan alkoholia, jos aine sisältää yli 2,8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia. Mittayksikkönä käytetään ravintola-annosta, kun arvioidaan alkoholin käytön määrää. (Levo ym. 2008, 23.) Taulukossa 1 esitetään esimerkkejä ravintola-annoksista.

Taulukko 1. Esimerkkejä ravintola-annoksista. (Levo ym. 2008, 23.)

Pullo keskiolutta (0,33 l)	1 ravintola-annos
Lasi viiniä (12 cl)	1 ravintola-annos
Annos viinaa (4 cl)	1 ravintola-annos
Pullo puna- tai valkoviiniä (75 cl)	Noin 6 ravintola-annosta

Alkoholilla on mielihyvää tuottava ja huumaava vaikutus. Alkoholilla imeytyy verenkiertoon jo suussa ja noin $\frac{1}{4}$ nautitusta alkoholista imeytyy hitaasti mahalaukusta. Suurin osa alkoholista kuitenkin imeytyy ohutsuolen alkuosasta. Ravinnon nauttiminen ja juodun alkoholijuoman alkoholipitoisuus vaikuttavat imeytymisnopeuteen. Alkoholilla jakautuu erityisesti elimistön vesiosaan, jolloin naisilla humalatila nousee suuremmaksi kuin miehillä saman alkoholiannoksen nauttimisesta, koska naisilla on elimistössä vähemmän vettä kuin miehillä. Ikääntyessä alkoholi vaikuttaa humaltumiseen herkemmin, koska ikäihmisillä elimistö on useimmiten jonkin verran kuivunut. Alkoholilla poistuu siten, että maksa hajottaa siitä suurimman osan. Alkoholilla palaa maksassa etikkahapoksi. Lihaksisto ja muut kudokset polttavat etikkahapon vedeksi ja hiilidioksidiksi. Myös virtsan, hengityksen ja paksusuolen kautta poistuu hyvin pieni osa alkoholista. (Levo ym. 2008, 23 - 24.)

Erilaiset lääkkeet voivat aiheuttaa haitallisia yhteisvaikutuksia ja jos lääkkeiden kanssa käytetään lisäksi alkoholia, voivat näiden yhteisvaikutukset olla joissain tapauksissa huonosti ennakoitavissa. Ikäihmisen elimistön aineenvaihdunta on hidastunut, jolloin lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutusten oireet saattavat tulla esiin pitkänkin ajan kuluttua lääkkeen nauttimisesta. Alkoholilla voi joko lisätä tai vähentää lääkkeen pitoisuutta elimistössä. Alkoholilla voi myös vaikuttaa sairauteen, jota lääkkeellä hoidetaan. Lääkkeet voivat myös nopeuttaa tai hidastaa alkoholin imeytymistä elimistössä, jolloin veren alkoholipitoisuus vaihtelee. Alkoholilla ja lääkkeet voivat lisätä toistensa sivuvaikutuksia. Muita ongelmia lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytössä ovat esimerkiksi lääkkeiden käytön epäsäännöllisyys, lääkkeiden

unohtaminen, lääkkeiden liikkakäyttö tai lääkekuurin keskeyttäminen. (Levo ym. 2008, 34.)

Alkoholien maksa-aineenvaihdunnassa on Alangon ja Haarnin (2007, 39) mukaan samoja entsyymejä, joita tarvitaan joidenkin lääkeaineiden aineenvaihdunnassa. Esimerkiksi runsas alkoholinkäyttö heikentää antikoagulanttihoitoa ja tasapainoa, jolloin hoitotasoon pääsemiseksi tarvitaan suurempia lääkeannoksia. Ongelma muodostuu taas siitä, kun äkillinen alkoholinkäyttö voimistaa lääkkeen vaikutusta ja saattaa aiheuttaa verenvuotoriskin. Eräät lääkkeet voivat aiheuttaa myös antabusreaktion, jolloin tulee pahoinvointia, ihon punoitusta, verenpaineen nousua ja pulssin kiihtymistä.

Alkoholia ei tulisi käyttää lainkaan unilääkkeiden, rauhoittavien lääkkeiden, keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden, trisyklisen masennuslääkkeiden, epilepsialääkkeiden, vanhan polven antihistamiinien tai vatsan tyhjenemistä edistävien lääkkeiden kanssa. Myöskään eräiden antibioottien kanssa, kuten metronidatsolin tai nitrofurantoiinin kanssa ei tulisi käyttää alkoholia ollenkaan. Alkoholia ei suositella käytettäväksi myöskään diabeteslääkkeiden, tulehduskipulääkkeiden, väsyttämättömien antihistamiinien, nesteidenpoisto-, sydän-, ja verenpaineelääkkeiden, varfariinin, potenssilääkkeiden eikä eturauhasen liikakasvulääkkeiden kanssa. (Alanko & Haarni 2007, 40.)

6 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖN INTERVENTIOT

6.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö

Sosiaalialan henkilöstö koostuu erilaisen koulutuksen saaneista henkilöistä ja tehtävänimikkeet vaihtelevat organisaation ja työtehtävien mukaan. Sosiaalityöntekijöiden tehtävänimikkeitä ovat esimerkiksi sosionomi, sosiaaliohjaaja, kuntoutus-sosiaalityöntekijä ja sosiaaliterapeutti. Sosiaalialan henkilöstö ohjaa, neuvoo, suorittaa sosiaalisten ongelmien selvittämistä ja muita tukitoimia ja tätä kutsutaan sosiaalityöksi. Sosiaalityö ylläpitää ja edistää yksilöiden ja perheen turvallisuutta. Sosiaalityöhön liittyy myös yhteisöjen toimivuus. (Sosiaalihoitolaki 1982; Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2007, 77.) Sosiaalialan palvelumuotoja ovat neuvonta ja ohjaus, asumispalvelut, hoito, perhehoito, päivähoito, päivätoiminta, kotihoito- ja palvelu, kuntoutus, sosiaalityö, taloudellinen tuki, tukipalvelut ja sosiaalinen vapaaehtoistyö. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2007, 15 - 33.)

Terveystenhuollon ammattihenkilö tarkoittaa henkilöä, joka on saanut ammatinharjoittamisluvan tai ammatinharjoittamisoikeuden sekä henkilöä, jolla on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä, joka on valtioneuvoston asetuksella säädetty. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, [viitattu 9.4.2009].) Terveystenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus perehtyä säännöksiin ja määräyksiin, jotka koskevat heidän ammattitoimintaansa sekä velvollisuus ammattitaidon ylläpitoon ja kehittämiseen. (Kassara ym. 2004, 17.)

Terveystenhuollon ammattihenkilöllä voi olla Routasalon ja Pitkälän (2009, 7) mukaan monenlaisia rooleja suhteessa asiakkaaseen. Aiemmin paljon käytetyssä autoritaarisessa hoitosuhteessa terveydenhuollon ammattihenkilö suunnitteli asiakkaan hoidon ja edellytti, että asiakas toimii suunnitelman mukaisesti. Asiakkaan toimintaa arvioitiin hoitomyyntyvyyden näkökulmasta.

6.2 Ikäihmisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön yhteistyö

Yhteistyösuhteeseen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön ja ikäihmisen välillä kuuluu asiakkaan ongelman ja voimavarojen tunnistaminen. Siihen kuuluu hoitosuunnitelman tekeminen, joka räätälöidään ammattihenkilön ja asiakkaan kanssa yhdessä omahoitovalmiuteen sopivaksi. Yhteistyösuhteeseen kuuluu lisäksi omahoito, jossa ammattihenkilö toimii valmentajana huomioiden asiakkaan itsemääräämisoikeuden. Keinot asiakkaan hoidon seurantaan sovitaan yhdessä asiakkaan ja ammattihenkilön kanssa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 15.)

Asiakkaan ongelmat vaikuttavat hänen elämäänsä monella tavalla. Pitkäaikaissairaus voi vaikuttaa kielteisesti tunteisiin kuten vihan, pelon ja syyllisyyden lisääntymiseen. Pitkäaikaissairaus voi myös rajoittaa entisiä rooleja, se edellyttää jatkuvaa seurantaa omasta tilanteesta sekä vaikuttaa asiakkaan perheeseen ja läheisiin. Lähtökohtana asiakkaan yksilölliselle hoidolle on, että ammattihenkilö kuuntelee, miten asiakas itse kokee sairautensa ja miten sairaus vaikuttaa hänen elämäänsä. Ammattihenkilö pystyy tunnistamaan asiakkaan ongelmat ja voimavarat muun muassa selvittämällä asiakkaan sanattomasta viestinnästä ongelman laatua. Ammattihenkilön tulee selvittää, miten asiakas itse kuvaa elintapojaan, omahoidon voimavarojaan ja ilmaisee omahoitovalmiuttaan. (Routasalo & Pitkälä 2009, 16.)

6.3 Mini-interventio

Mini-interventio tarkoittaa lyhytneuvontaa, johon sisältyy varhainen puuttuminen. Mini-interventioon kuuluu kysely, selvittely, keskustelu ja neuvonta (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 121). Näitä keinoja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen käyttää ikäihmisen haastattelussa ja ohjauksessa. Laaja-alainen mini-intervention käyttö kohentaa koko väestön terveydentilaa ja elämänlaadun kohenemista. (Jokinen 6.2.2006.) Havion ym. (2008, 120) mukaan mini-interventio on tunnetuin alkoholin riskikäyttöön tai suurkulutukseen kohdistuva terveydenhuollon työntekijän toteuttama menetelmä.

Mini-interventio soveltuu ohjaukseen, jossa asiakkaan epäterveellinen käyttäytyminen ei ole vielä kehittynyt vakiintuneeksi tavaksi. Esimerkiksi alkoholismia vuosia sairastaneelle asiakkaalle tämä ei ole riittävä puuttumiskeino, mutta soveltuu lyhyen aikaa alkoholia runsaasti käyttäneelle henkilölle. Mini-interventio perustuu jaettuun päätöksenteon malliin, jossa asiakas ja ohjaaja toimivat tasavertaisina kumppaneina neuvotellessaan hoitoon tai elintapamuutoksiin liittyvistä asioista. Menetelmän toimivuuden perusedellytyksinä ovat viisi ohjauksen periaatetta: arvioi, ohjaa, sovi, auta ja suunnittele. (Kyngäs ym. 2007, 100 - 102.)

Arviointivaiheessa ohjaaja kysyy ja arvioi asiakkaan terveysriskit ja sellaiset tekijät, jotka vaikuttavat terveyskäyttäytymisen muutostavoitteiden asettamiseen ja siinä käytettäviin menetelmiin. Ohjausvaiheessa ohjaaja antaa tilanteeseen ja asiakkaan terveyskäyttäytymiseen sopivan selkeän ja yksityiskohtaisen ohjeen, johon sisältyy tietoa asiakkaan terveyshaitoista ja hyödyistä. Asiantuntija osoittaa neuvomalla, että terveydenhoitoon kuuluvat myös olennaisena osana käyttäytymiseen liittyvät asiat. Asiakkaan muutoshalukkuutta ja itsemääräämisoikeutta täytyy kunnioittaa, eikä häntä saa arvostella tai pakottaa mihinkään. (Kyngäs ym. 2007, 101.)

Kyngäksen ym. (2007, 102 - 103) mukaan sopimusvaiheessa ohjaaja sopii yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteet, jotka ovat hänen toiveensa ja tarpeidensa mukaiset sekä keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjaaja neuvottelee asiakkaan kanssa myös muutostavoitteiden ja keinojen etsimisestä. Auttamisvaiheessa asiakasta autetaan saavuttamaan tavoitteet omilla voimavaroillaan. Ohjaajan tehtävänä on osoittaa asiakkaalle haittaavat esteet ja tukea asiakasta niiden poistamisessa. Suunnitteluvaiheessa sovitaan jatkotapaamisista, seuranta-aikataulusta ja tavoista. Tässä vaiheessa ohjaajan on tärkeää huomioida terveyskäyttäytymisen riskit ja jatkuvasti muuttuvat krooniset ongelmat.

Puheeksi ottaminen tarkoittaa hankalan asian puheeksi ottamista asiakasta kunnioittaen ja tukea tarjoten. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö voi käyttää sitä välineenä jäsentämään omia työskentelysuhteitaan ja niihin liittyvää huolta.

Huolen esille ottaminen ja asiakasyhteistyö parantuvat varhaisella huolen puheeksiotolla. (THL, 21.6.2006.)

Huolen puheeksi ottaminen vaikeuttaa varhaista puuttumista. Asiat, jotka huolestuttavat mieltä, ovat yleensä ikäviä, joten niiden käsittely on epämiellyttävää. Työntekijät pelkäävät usein, että asiakas loukkaantuu tai asiakassuhde vaarantuu. Puheeksi ottamista voi helpottaa tarttumalla omaan huoleen, jolloin työntekijän oma huoli pysyy keskipisteenä ja huomio asiakkaan ongelmista jää vähemmälle huomiolle. Omasta huolestaan puhuessaan työntekijä pyytää asiakkaan apua ja yhteistyötä huolensa vähentämiseksi. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 168 - 169.)

Varhainen puuttuminen tarkoittaa alkoholin käyttöön liittyvää neuvontaa, joka tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Siihen liittyvät kysyminen, kirjaaminen ja seuranta. Tämä on vaikuttava keino alkoholin suurkulutuksen vähentämiseksi. (Työterveyshuolloilta toivotaan lisää 24.4.2008.)

Yksi hyvä keino varhaiseen puuttumiseen on ennakoiva kotikäynti. Ikäihmisille järjestetään ennakoivia kotikäyntejä, jolloin mahdollisiin ongelmiin pystytään puuttumaan mahdollisimman varhain ja ehkäistään ongelmien kasautumista. Ennakoivat kotikäynnit olisi hyvä suunnata niille ikäihmisille, jotka kuuluvat riskiryhmiin, mutta eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina entuudestaan. (Pietilä 2010, 198 - 200.)

Ennakoiva kotikäynti on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön käynti ikäihmisen kotona, joka ei ole säännöllisen kotipalvelun käyttäjä. Ennakoivan kotikäynnin tavoitteena on tukea ikäihmisen terveyttä, kotona selviytymistä ja hänen voimavarojaan esimerkiksi sairauksien ehkäisy, hoidon ja kuntoutuksen avulla. Ikäihmisen elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ovat yksinäisyys, turvattomuus, väärän lääkityksen käyttö ja esimerkiksi ravitsemusongelmat, joihin pyritään vaikuttamaan ennakoivalla kotikäynnillä. (Pietilä 2010, 200 - 201.)

7 OMAHOITOA TUKEVA TOIMINTA

7.1 Ikäihmisen ohjaus

Voimavaraistavassa (empowering) ohjauksessa terveydenhuollon ammattilainen antaa asiakkaalle tietoa sekä tukee häntä pohdinnassa ja päätöksenteossa. Siinä tutkitaan alkoholin käyttöä ja yksilöllistä tilannetta tarkemmin. (Havio 2008, 124 - 128.)

Voimavaraistuminen tarkoittaa Routasalon ja Pitkälän mukaan (2009, 13 - 14) asiakkaasta itsestään lähtevää tapahtumaa. Se on yhteydessä asiakkaan hyvinvointiin, kykyihin, vaikutusvallan lisääntymiseen ja mahdollisuuksiin. Asiakas pystyy ratkaisemaan omia terveysongelmiaan ja säilyttääkseen kontrollin elämäänsä, hän pystyy säätelemään omia voimavarojaan. Voimavaraistumisen avulla asiakas pystyy asettamaan päämääriä ja myös saavuttamaan niitä, sekä ottamaan vastuuta elämästään. Voimavaraistuminen on henkilökohtaisesti saavutettu tila, joka ei ole pysyvä, eikä sitä voi antaa toiselle.

Ohjaaminen tarkoittaa ohjauksen antamista jollekin, esimerkiksi käytännöllisenä opastuksena. Ohjaus on osa ammatillista toimintaa. Tilanteet, joissa keskustellaan tavoitteellisesti ohjattavan tilanteeseen ja oppimiseen liittyvistä asioista, ovat ohjausta ammatillisena toimintana. Ohjaus on prosessina joko aktiivista merkitysten luomista, tavoitteellista selviytymistä tai ongelmanratkaisua tai kokemusten reflektointia ja niistä oppimista. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 252 - 253.) Opinnäytetyömme käsittelee omahoitoa tukevaa ohjausta.

Keskustelun välineitä ovat Kyngäksen ja Kääriäisen (2005, 254 - 255) mukaan kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö ja niiden pohjalta vuorovaikutus rakentuu. Ohjaussuhde ohjattavan ja ohjaajan välille syntyy vuorovaikutuksesta. Parhaimmillaan ohjaaja ja ohjattava suunnittelevat ohjauksen sisältöä ja prosessia yhdessä saavuttaakseen tavoitteensa ja ovat näin ollen tasavertainen työpari eli

asiantuntijatiimi. Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa ohjaajan ja ohjattavan välillä.

Ohjaajalta edellytetään ohjauksessa ammatillista vastuuta edistää ohjattavan valintoja ja turvata riittävä ohjauksen saanti. Vaikka ohjattava voi tarvita ohjausta, hänellä on silti kyky tehdä päätöksiä ja toimia omalla tavallaan. Valinnoistaan ja toiminnoistaan ohjattava on itse vastuussa ja hänen päätöksentekonsa ja toimintansa ovat ensisijaisia. Ohjaajalta edellytetään kykyä myös eettiseen pohdintaan ja siihen kuuluvat omien henkilökohtaisten ja ammatillisten arvolähtökohtien tunnistaminen. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 255 - 256.)

7.2 Motivoiva haastattelu

Ristiriitaisissa tilanteissa ja asiakkaan vähätellessä päihteiden käyttöä motivoiva haastattelu tarjoaa työskentelytavan, joka edistää positiivista muutosta. Haastattelussa korostuu asiakaskeskeisyys, mutta sitä ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. (Havio ym. 2008, 124,128.)

Motivoiva haastattelu on asiakaslähtöinen keskustelutapa, joka auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöä asiakkaan valmentamisessa. Motivoivan haastattelun tavoitteena on vahvistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota muutokseen ja sen avulla lisätä asiakkaan muutoshalukkuutta. Ammattihenkilöllä ja asiakkaalla on oltava mutkaton yhteistyö, luottamus ja ymmärretyksi tulemisen tunne. Motivoivassa haastattelussa ammattihenkilö tuo esille oman empatian tuntonsa ja sen, että ymmärtää asiakkaan näkemyksiä. Ammattihenkilön ei tarvitse kuitenkaan olla kaikista asioista samaa mieltä asiakkaan kanssa. Asiakasta tulee kuunnella aidosti ja vältetään väittelyä. Ammattihenkilön ei tule syyllistää asiakasta, vaan tuoda hänelle esiin asiakkaan toiveiden ja nykytilanteen välinen ristiriita, jolloin saadaan keskustelua aikaan. Ammattihenkilön täytyy tukea asiakkaan pystyvyyden tunnetta, mikä on hyvin tärkeää motivoivassa haastattelussa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 27.)

Haastattelun avulla hankitaan asiakkaasta tietoa ja samalla saadaan myös toimiva keskusteluyhteys. Ammattihenkilön käyttäytyminen haastattelutilanteessa luo asiakkaalle kuvan ammattihenkilön pätevyydestä jo haastattelun alkuvaiheessa. Ammattihenkilöllä on hyvä olla taitoja kuuntelemiseen ja havainnointiin. (Hakkarainen & Airaksinen 2001, 173 - 174.)

Haastattelutilanteen alussa aloitetaan asioista, jotka eivät heti vahingoita vuorovaikutussuhdetta. Asiakkaalle tulee tuoda ilmi, että hän voi tarvittaessa keskeyttää keskustelun ja kysyä mieltä askarruttavia asioita. Haastatteluun tullessaan saattaa asiakkaalla olla omia tavoitteita esimerkiksi ohjauksen saamisesta, jotka ammattihenkilön on tiedostettava. Asiakkaan omat tavoitteet ohjaavat viestintää ja vaikuttavat osallistumiseen ja kuuntelemiseen. Ammattihenkilön tulisi aloittaa keskustelu sellaisesta aiheesta, jonka asiakas hallitsee jo entisestään. Vaikeammista asioista kannattaa keskustella vasta kun ilmapiiri on tarpeeksi luottamuksellinen. Haastattelun lopuksi ammattihenkilön on varmistettava, että asiakas on saanut tarpeellisen ohjauksen hyödyllisesti. Asiakkaan itsearviointi on hyvä keino varmistaa ohjauksen hyödyllisyys, asiakasta voi rohkaista myös itse tuomaan haluamiaan asioita esiin. Keskustelusta jää asiakkaalle positiivinen kuva, jos ammattihenkilö käy asiat perusteellisesti läpi, osoittaa kiinnostusta asiakkaaseen ja antaa hänelle palautetta keskustelun perusteella. (Hakkarainen & Airaksinen 2001, 174 - 177.)

7.3 Omahoitoon vaikuttavat tekijät

Asiakkaan omahoitoon vaikuttaa hänen motivaationsa. Asiakkaan motivaatiota voidaan määritellä siten, miten valmis asiakas on muutokseen. Motivaatioon vaikuttaa asiakkaan oma huoli terveydestään ja elintavoistaan, hyödyn tunnistaminen elintapamuutoksista ja onko asiakas omasta vai jonkun muun aloitteesta hakenut apua. Omahoitoon vaikuttaa myös tilannetieto. Täytyy huomioida, että pelkästään tieto ei riitä parantamaan asiakkaan terveyttä, mutta se auttaa päätöksenteossa. Terveystieteiden ammattihenkilön täytyy ottaa selvää minkälaiset perustiedot

asiakkaalla on keskustelun aiheesta ja millainen lisätiedon tarve hänellä on. Käsi- tys sairaudesta ja sen hoidosta vaikuttavat asiakkaan omahoitoon. Asiakkaan va- lintoihin ja päätöksiin vaikuttaa hänen uskomuksensa sairauden syystä. Asiakkaan sairauden ja sen hoidon tuntemus, sairastumisen syy ja eri hoitovaihtoehtojen tie- tämys täytyy kartoittaa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 11.)

Oireiden hoito on keskeinen tekijä omahoidon onnistumisessa. Asiakkaan kanssa selvitetään, kuinka hän pärjää sairautensa kanssa, kuinka toimia ongelmallisessa tilanteessa ja kerrotaan asiakkaalle mahdollisista ympäristön tarjoamista avuista. Omahoidon toteuttamismahdollisuuksiin saattaa vaikuttaa myös lisäsairaudet. Asi- akkaalle erilaiset uskomukset, kuten uskontoon, kulttuuriin ja perhepiiriin liittyvät, voivat vaikuttaa hänen näkemykseensä omahoidostaan. Sosiaali- ja terveyden- huollon ammattilainen kartoittaa onko asiakas kykenevä omahoitoon ja onko hä- nellä luottamus mahdollisuuksiinsa vaikuttaa elämäänsä, itsearvostukseensa ja autonomiaansa ja omaan pystyvyyteensä. Asiakkaan sosiaalinen tilanne vaikuttaa hänen haluunsa ja kykyynsä ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Asiakkaan kanssa on hyvä miettiä, miten perhe, ystävät ja työ vaikuttavat hänen elämäänsä ja muut- taako asiakkaan rooli hänen sosiaalisia roolejaan. (Routasalo & Pitkälä 2009, 11.)

7.4 Omahoitovalmennus

Asiakkaan autonomia, voimaantuminen ja pystyvyyden tunne ovat keskeisiä tu- kemisen alueita omahoitovalmennuksessa. Asiakas oppii ja pystyy käyttämään tällöin ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja. (Routasalo & Pitkälä 2009, 13.)

Valmennuksen lähtökohtana on, että se on asiakaslähtöistä ja siinä otetaan huo- mioon asiakkaan autonomia, voimaantuminen ja pystyvyyden tunne. Autonomia tarkoittaa sitä, että henkilön toiminta lähtee todella hänen vapaasta tahdostaan ja valinnoistaan. Pystyvyyden tunteen saavuttaessa henkilö uskoo kykyynsä hallita omaa toimintaansa ja tapahtumia, jotka vaikuttavat hänen elämäänsä. Omahoito- valmennuksen tavoitteena on, että asiakas on tietoinen omasta sairaudestaan ja

sen hoitokeinoista. Tavoitteena on myös, että asiakas oppii ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja. Omahoitovalmennuksen menetelmänä käytetään konstruktivistista oppimiskäsitystä. Konstruktivistinen oppimiskäsitys on uusien sisäisten mallien rakentamista ja tarkentamista. Aiemmin opittu tieto auttaa omaksumaan uutta tietoa. Lähtökohtana oppimiseen on oppijan tapa hahmottaa maailmaa ja käytettäviä käsitteitä. Opittavan asian liittyminen oppijan omaan kokemusmaailmaan on edellytyksenä tehokkaalle oppimiselle. On tärkeää, että oppija ymmärtää asian sisällön, sillä se auttaa rakentamaan tietoa mielekkäästi. Ammattihenkilö toimii valmentajana ja valmennus toteutetaan sekä yksilö- että ryhmävalmennuksena. Omahoitovalmennuksen tuloksena asiakas voimaantuu. (Routasalo & Pitkälä 2009, 13; Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2004, 112 - 113.)

7.5 Muutosvaihemalli

Routasalon ja Pitkälän (2009, 17) mukaan yhteistyösuhteessa ammattihenkilön tulee tunnistaa, missä muutosvaiheessa asiakas on. Routasalo ja Pitkälä (2009, 30) esittelevät muutosvalmiuden viisi eri vaihetta, joita ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, päätöksenteko, toimintavaihe ja ylläpitovaihe. Näissä kaikissa vaiheissa saattaa tapahtua repsahduksia, jolloin asiakas palaa edelliseen vaiheeseen, eivätkä vaiheet välttämättä etene loogisessa järjestyksessä. Ammattihenkilön tulee kulkea mukana asiakkaan muutosvalmiuden eri vaiheissa sekä tukea ja ohjata häntä jokaisessa vaiheessa oikealla tavalla.

Esiharkintavaiheessa asiakas ei ole vielä harkinnut muuttavansa elintapojaan. Syitä voivat olla esimerkiksi, että asiakas ei ole tietoinen ongelmansa laajuudesta tai luonteesta tai hän kokee elintapojensa muuttamisen liian vaikeana. Asiakkaalla saattaa olla myös tunteita, ettei hän kykene tai hänellä ei ole voimia muuttaa elintapojaan tai muiden ihmisten painostaminen saa potilaan puolustautumaan ongelman kieltämisellä. (Routasalo & Pitkälä 2009, 31.)

Ammattihenkilön rooli esiharkintavaiheessa on kuunnella ja kysellä asiakkaalta ja arvioida asiakkaan tilannetta hänen kanssaan yhteistyössä. Ammattihenkilö kertoo tässä vaiheessa asiakkaalle elintapojen tuomista riskitekijöistä siten, ettei hän kuitenkaan tuomitse asiakasta. Ammattihenkilö voi antaa asiakkaalle luotettavia tietolähteitä, joista asiakas voi itse lukea tietoa elintapojensa vaikutuksista. Esiharkintavaiheessa ammattihenkilö ei aseta asiakkaalle vaatimuksia. (Routasalo & Pitkälä 2009, 31.)

Harkintavaiheessa asiakas tiedostaa ongelmansa ja pohtii jo elintapamuutosta. Asiakas punnitsee muutoksen etuja ja haittoja harkintavaiheessa, eikä ole vielä valmis muuttamaan elintapojaan. Harkintavaihe saattaa olla hyvin pitkäaikainen vaihe asiakkaan elämässä. Ammattihenkilön tulee tukea asiakasta tässä vaiheessa kuuntelemalla arvioivasti ja heijastaen asiakkaan kertomia asioita. Ammattihenkilön täytyy osoittaa empaattista asennetta asiakasta kohtaan. Riittävänä ohjaustavoitteena voidaan pitää sitä, että saadaan luotua luottamuksellinen ohjaussuhde ja saavuttaa työskentelyrauha. Harkintavaiheessa rohkaiseminen ja kyseleminen ovat tärkeitä asioita keskustelussa. Tällöin asiakas pystyy kertomaan ajatuksiaan ja mahdollisesti tunnistamaan ongelmansa ja sen seuraukset. Asiakkaan kanssa keskustellaan vielä muutoksen hyödyistä ja haitoista ja jätetään päätöksenteko asiakkaalle. Ammattihenkilön tehtävänä on vahvistaa asiakkaan uskoa siitä, että pienikin muutos on tärkeä. Harkintavaiheessa oleva ohjattava usein harmitsee tekevänsä elämäntapamuutoksen noin seuraavan puolen vuoden aikana. (Routasalo & Pitkälä 2009, 31 - 32; Turku 2007, 56.)

Päätöksentekovaiheessa asiakas on motivoitunut muuttamaan elintapojaan. Asiakas saattaa tehdä jo pieniä muutoksia elintavoissaan, mutta miettii vielä muutoksen hyötyjä ja haittoja. Ammattihenkilö rohkaisee potilasta tässä vaiheessa ja osoittaa asiakkaan pystyvyyttä muutokseen ymmärtävällä tukemisella. Asiakasta autetaan asettamaan tavoitteet, jotka ovat asiakkaan saavutettavissa. Tavoitteiden saavuttamiseksi tehdään konkreettiset suunnitelmat yhteistyössä asiakkaan ja ammattihenkilön kanssa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 32; Turku 2007, 69 - 71.)

Toimintavaiheessa asiakas on ryhtynyt muuttamaan elintapojaan. Tämän vaiheen on arveltu kestävän noin kolmesta kuuteen kuukauteen. Repsahdukset ovat toimintavaiheessa mahdollisia, koska konkreettiset teot voivat olla vaikeita asiakkaalle. Repsahdusten jälkeen voi olla hyvin vaikeaa palata takaisin muutokseen, jolloin ammattihenkilön tulee kannustaa ja rohkaista asiakasta. Myönteisen palautteen antaminen on ensiarvoisen tärkeää toimintavaiheessa. Ammattihenkilö rohkaisee asiakasta jatkamaan muutosta repsahduksesta huolimatta ja korostaa sosiaalisen tuen merkitystä, jotta asiakas pysyisi muutospäätöksessä. Asiakkaalle suositellaan itsensä palkitsemista muutoksen onnistuessa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 32; Turku 2007, 72 - 73.)

Routasalon ja Pitkälän (2009, 33) mukaan ylläpitovaiheessa asiakas on pysynyt muutoksessa vähintään puoli vuotta. Asiakas on sisäistänyt uuden elintavan ylläpitovaiheessa eikä asiakkaan tarvitse tietoisesti ylläpitää muutostaan. Elämäntapojen muuttaminen ja ylläpitäminen voidaan nähdä elämänpituisena prosessina. Tulisikin päästä ajatukseen, että siitä mitä pitäisi tehdä, tulisi se mitä ihminen oikeasti haluaa ja tällöin muutoksen pysyvyydellä olisi parempi ennuste. Ammattihenkilö antaa tässä vaiheessa asiakkaalle myönteistä palautetta ja siten vahvistaa asiakkaan muuttunutta käyttäytymistä. (Turku 2007, 59.)

Muutos ei etene suoraviivaisesti esiharkintavaiheesta ylläpitovaiheeseen, vaan muutos voi tapahtua eri järjestyksessä ja repsahduksia voi tapahtua missä vaiheessa tahansa. Asiakkaalle on hyvä kertoa jo ohjauksen alussa repsahdusten mahdollisuudesta. Repsahdusten avulla myös oppii, millaisissa tilanteissa niitä tulee ja siten voidaan keksiä keinoja ehkäistä niitä. Ammattihenkilön on hyvä osata tunnistaa asiakkaan muutosvaihe, jolloin hän osaa tukea ja valmentaa asiakasta tavoitetta kohti. Ammattihenkilön tehtävänä on kulkea rinnalla ja tukea, kannustaa ja valmentaa asiakasta. (Routasalo & Pitkälä 2009, 33; Turku 2007, 74 - 76.)

8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ottaisivat alkoholin käytön herkemmin puheeksi ikäihmisten kanssa ja sitä kautta voisivat paremmin ohjata myös lääkkeiden käytössä.

Tarkoituksena on laatia opaslehtinen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ikäihmisten alkoholin ja lääkkeiden käytöstä.

Tutkimustehtäviksi olemme asettaneet seuraavat kysymykset:

1. Miten lääkkeistä ja alkoholista aiheutuvien ongelmien puheeksi ottaminen toteutuu ammattihenkilöstön aloitteesta?
2. Millaisia yhteisvaikutuksia eri lääkeryhmillä on ja miten alkoholi vaikuttaa lääkkeisiin?
3. Millainen opaslehtinen palvelee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä?
4. Miten opaslehtinen edistää ikäihmisten terveyttä?

9 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS

9.1 Systemaattinen kirjallisuushaku

Toteutimme opaslehtisen kirjallisuushaun systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen. Teimme mukaillun systemaattisen kirjaallisuushaun, koska pidämme sitä luotettavana tapana hakea hyviä lähteitä. Mielestämme systemaattinen kirjallisuushaku tuo esille hyvin juuri ne teokset, joita tarvitsimme tehdäksemme opaslehtisen.

Käytimme tietokantoina Aleksia, Lindaa ja CINAHLia ja teimme kirjallisuushakuja myös manuaalisesti. Hakusanoina käytimme ”ohjau*” ja ”muuto*”, ”stages of change”, ”aged people and age spesific care and alcohol”, ”stages of change and alcohol” ja ”muutosvaihemal*”, kun haimme tietoa muutosvaihemallista ja alkoholinkäytön puheeksiottamisesta. Lääkkeistä ja alkoholista tietoa hakiessamme käytimme hakusanoina ”alkoho*” ja ”lääk*”, ”alko? lää?” ja ”yhteisvai*”.

Liitteessä 1 systemaattinen kirjallisuushaku esitetään opaslehtistä varten haetut teokset. Ensimmäisellä rivillä ilmoitetaan tietokanta, josta olemme teokset hakenneet. Tietokannan alla olevalla rivillä ilmoitetaan hakusanat. Hakusanat jakautuvat omiksi sarakkeiksiinsa. Kolmannelta riviltä taulukossa ilmenee hakutulosten määrä kyseessä olevan tietokannan ja hakusanan mukaan kokonaisuudessaan. Tämän jälkeen taulukossa esitetään omilla riveillään hyväksytyt teokset otsikon, tiivistelmän ja koko tekstin perusteella. Hylkäämiskriteeri ilmoitetaan jokaisen hakusanasarakkeen lopussa. Jokaisen hakusanasarakkeen tuloksena valitut artikkelit esitetään hylkäämiskriteerin jälkeen. Kokonaisuudessaan aineistoksi valitsimme yhteensä 19 lähdettä. **Liitteessä 1** esitellään kirjallisuushaku seikkaperäisesti.

9.2 Sisällönanalyysi

Analyysimenetelmänä käytimme opinnäytetyössämme induktiivista sisällönanalyysia, jonka tuotoksena opas syntyi. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 134) mukaan tavoitteena sisällönanalyysissä on esittää ilmiö laajasti, mutta tiiviisti. Tuotoksena syntyy käsiteluokituksia, käsitekarttoja ja käsitejärjestelmiä.

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tutkimusaineistosta pyritään luomaan induktiivisessa analyysissä teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat tiedot, havainnot tai teorit ohjaa analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Aineisto analysoidaan vaiheittain pelkistämällä, ryhmittelyllä ja abstrahoinnilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 135). Toteutimme työssämme induktiivisen sisällönanalyysin laittamalla ensin alkuperäiset ilmaisut omaan sarakkeeseen. Alkuperäiset ilmaisut on valittu artikkeleista, jotka olemme valinneet systemaattisen kirjallisuushaun perusteella. Jokainen artikkeli on erotettu viivalla. Sen jälkeen pelkistimme alkuperäiset ilmaisut seuraavaan sarakkeeseen. Pelkistetyt ilmaisut ryhmittelimme aihepiireittäin alaluokiksi ja näistä abstrahoimalla muodostimme yläluokan Muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu alkoholin ja lääkkeiden riskikäytössä. Alaluokiksi muodostuivat seuraavat (15): sosiaali- terveydenhuollon ammattilaisen toiminta asiakkaan tavoitteen asettamisessa, motivoitumisessa ja toiminnan edistämisessä, elämäkokemuksien vaikutus asiakkaaseen, itsestä huolenpitoa vahvistavat tekijät, itsestä huolenpitoa horjuttavat tekijät, itsestä huolenpitoa murtavat tekijät, asiakkaan elintapamuutokseen johtava toiminta, monilääkityksen yleisyys ja ongelmat, alkoholin käyttö ikäihmisten keskuudessa, alkoholinkäytön puheeksiotto, transteoreettinen muutosvaihemalli, motivoivan haastattelun vaiheet, alkoholin riskikulutukseen puuttuminen, alkoholiongelmaisen hoito, muutosvalmiuden tekijöitä ja alkoholin käytöstä keskusteleminen. Näistä muodostimme oppaan Muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu alkoholin ja lääkkeiden riskikäytössä.

Alkuperäisiä ilmaisia sisällönanalyyseissä oli yhteensä 148 kappaletta, jolloin pelkistettyjä ilmaisia on yhtä paljon. Sisällönanalyyseissä käytettyjä lähteitä on yhteensä 19 kappaletta. Alaluokkia on yhteensä 15 kappaletta ja yksi yläluokka. Sisällönanalyyseistä esitämme kahden sivun pituisen esimerkin **liitteessä 2**.

9.3 Kohderyhmän analyysi

Opinnäytetyömme kohderyhmänä on Seinäjoen alueen perusterveydenhuollon henkilökunta. Seinäjoen kaupunkiin kuuluvat Ylistaro, Nurmo ja Peräseinäjoki. Teemme opinnäytetyön yhteistyössä Seinäjoen A-klinikan kanssa, joka jakaa opinnäytetyömme tuotoksena syntynyttä opaslehtistä Seinäjoen alueella. A-klinikka vastaa Seinäjoella avohoidosta ja sieltä saa ammattiapua päihde- ja peliongelmiin. A-klinikan henkilökuntaan kuuluvat psykososiaalisen keskuksen johtaja, toimistos sihteeri, sosiaaliterapeutti, sosiaaliterapeutti ja sairaanhoitaja. Opas on tarkoitettu käytettäväksi terveyskeskuksissa, kotihoidossa ja palvelukeskuksissa muun muassa sairaanhoitajille, terveydenhoitajille, lähihoitajille, perushoitajille, sosiaalityöntekijöille ja geronomeille.

10 OPINNÄYTETYÖN TUOTOS

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena teimme opaslehtisen (**liite 3**). Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on yleensä ohjeistus, tietopaketti, tapahtuma tai portfolio (Airaksinen & Vilkkä 2004, 51). Opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa aloitimme oppaan teon. Oppaan sisältö koostuu induktiivisen sisällönanalyysin tuloksista. Oppaan nimi valittiin sisällönanalyysin yläluokan mukaan. Alaluokista valittiin oppaan aihealueiksi hyödyllisimmiksi koetut aiheet. Pelkistetyistä ilmaisuisista valitsimme aiheeseen parhaiten liittyvät lauseet oppaamme sisällöksi.

Kirjallisessa ohjeessa on hyvä ilmoittaa, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on sen tarkoitus. Sisällön ajantasaisuus ja tarkkuus parantavat ohjeen laatua. Kirjallisen ohjeen ulkoasuun kannattaa kiinnittää huomiota, esimerkiksi kirjasintyyppi ja -koko ovat tärkeitä tekijöitä. Myös taulukot, kuvat ja kuviot voivat lisätä ymmärrettävyyttä. Tekstin rakennetta on hyvä miettiä, jotta asiasisältöä ei tulisi liikaa samaan kappaleeseen. (Kyngäs 2007, 126 - 127; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 53 - 59.)

Työstimme opasta säännöllisesti syksyn 2010 aikana. Valitsimme oppaan aiheiksi ensin transteoreettisen muutosvaihemallin ja taulukon ikäihmisten yleisimmin käytettyjen lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista. Tapasimme A-klinikan yhteyshenkilöä useasti opinnäytetyöprosessin aikana, jolloin saimme uutta näkökulmaa oppaan laatimiseen. Lisäsimme motivoivan haastattelun oppaaseen saamamme ohjauksen perusteella.

Teimme oppaasta selkeän ja lyhyen, jotta oppaan käyttäjien on helppo ottaa se tarvittaessa työnsä tueksi. Etenkin oppaan taulukko alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista on tehty selkeälukuiseksi, jotta siitä löytyisi nopeasti tarvittavat tiedot. Valitsimme oppaan kirjasimen tyyppiä Lucida Sans ja kirjasimen kooksi 14, mutta taulukkoon valitsimme kirjasimen kooksi 11, jotta taulukko ei veisi liian paljon tilaa.

Kuvitimme oppaan mustavalkoisilla kuvilla. Valitsimme ClipArtistista alkoholin ja lääkkeiden käyttöön liittyviä kuvia.

Oppaassa on yhteensä 16 sivua, etu- ja takakansi mukaan luettuna. Opas on tehty A4-kokoiselle paperille, joka on taitettu keskeltä kahtia, jolloin oppaan kooksi tuli A5. Oppaan sisältö koostuu muutosvaihemallista, motivoivan haastattelun vaiheista ja alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusten taulukosta. Viimeiselle sivulle keräsimme erilaisia tietolähteitä lisätiedon hankkimiseen. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi Muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun mukainen ohjaus alkoholin ja lääkkeiden käytössä - Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle.

11 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ohjaavat eettiset normit. Eettisesti hyvänä toimintana on ennen kaikkea pidetty toimivan subjektin omaa luovaa, vapaaehtoista ja itsekriittistä itsesääätelyä pidettyjen arvojen toteuttamiseksi ja puolustamiseksi. Ensisijaisesti etiikka perustuu vastuun tiedostamiseen, autonomiaan ja vapauteen. Yksittäinen terveydenhuoltoalan ammattilainen, koko ammattikunta tai hoitoyhteisö voidaan tällöin ajatella eettisesti tasokkaan toiminnan subjektiksi. Nykyisin tärkeäksi tunnistettu hyvä etiikka terveydenhuollossa ilmentää ammatillista autonomiaa ja vapaaehtoista pyrkimystä asiakkaan parhaaseen. (Pietilä 2010, 23.)

Tutkijan on otettava huomioon eettiset kysymykset, jotka liittyvät tutkimuksen tekoon. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien on oltava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24.)

Eettisenä perusteena opinnäytetyöllemme pidämme sitä, että opaslehtistä käytetään eettisesti oikein. Emme halua ikäihmisiä yleistettävän alkoholisteiksi, joten opaslehtistä tulee käyttää niin, ettei ikäihmistä loukata tai syyllistetä. Opaslehtistä tulisi käyttää vain henkilö, jolla on tuntemusta aiheesta, jotta väärinymmärryksiltä ja virheiltiltä vältytään. Siksi olemmekin tehneet oppaan ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle. Eettisyyttä on myös se, että emme käytä kenenkään toisen tietoa omissa nimissämme.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tuloksien selkeä kuvaaminen on tärkeää uskottavuuden kannalta. Aineiston ja tulosten kuvaus on tärkeää myös luotettavuuden kannalta, jolloin esimerkiksi aineiston analyysi olisi hyvä esittää tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159 - 160.) Opinnäytetyömme

aineisto on esitetty sisällönanalyysillä taulukon muodossa vaiheittain, jolloin lukija näkee itse miten saatuihin tuloksiin on päädytty. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tiedon välittäminen on terveyttä edistävässä toiminnassa tärkeää. Terveyttä edistävien valintojen tekeminen mahdollistuu tiedon avulla. Tiedon tulisi kuitenkin olla oikeaa ja rehellistä ja kommunikaation pitäisi onnistua. Vaikka terveyteen liittyy edelleen paljon uskomuksia, ammattihenkilöiden jakaman tiedon tulisi olla tutkimusnäyttöön perustuvaa. Tutkimusnäyttökään ei aina kuitenkaan takaa tiedon oikeellisuutta. Tutkimusten tulokset myös vaihtelevat. (Pietilä 2010, 23.) Tuomen (2007, 150) mukaan laadullisessa tutkimuksessa puhutaan uskottavuudesta tai vastaavuudesta, luotettavuudesta, varmuudesta, riippuvuudesta ja vakiintuneisuudesta ja vahvistettavuudesta tai vahvistuvuudesta (Tuomi 2007, 150). Kun haemme tietoa monista eri lähteistä systemaattisin hauin, tieto vahvistuu luotettavaksi, kun monet eri lähteet osoittavat samaa informaatiota. Koska emme haastattele tai tee kyselyä, opinnäytetyömme luotettavuus lisääntyy luotettavan kirjallisuuden ansiosta. Haemme tietoa luotettavista tietokannoista ja valitsemme niistä uusimmat ja luotettavimmat tutkimukset.

Tämän vuoksi huomioimme kriittisyyden kirjallisuushauissa ja muiden tiedonlähteiden arvioinnissa. Hirsjärven ym. (2009, 24) mukaan ennen tutkimuksen aloittamista pitäisi määritellä aineiston säilyttämistä koskevat kysymykset ja kirjata ne kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Tallennamme opinnäytetyömme yhteistyötahomme kanssa sopimalla tavalla Theseus- tietokantaan.

12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Ikäihmiset ovat usein monilääkittyjä ja alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Yhdessä lääkkeet ja alkoholi saattavat aiheuttaa vaarallisia yhteisvaikutuksia. Yhteisvaikutukset tai pelkästään liiallinen alkoholinkäyttö voivat aiheuttaa tapaturmia ja lisäävät riskejä ikäihmisen elämään. Varhaisella puuttumisella ja oikeilla työskentelytaidoilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö voi ehkäistä näitä vaaratekijöitä.

Ikäihmisten alkoholinkäyttöön olisi puututtava rohkeasti, mutta se voi olla hyvin hankalaa. Tämän vuoksi valitsimmekin opinnäytetyön aiheeksi näin ajankohtaisen ja tärkeän aiheen. Saimme ehdotuksen aiheeseen Seinäjoen A-klinikalta, jonka kanssa aloimme työstää aihetta juuri meille sopivaksi. Aiheen tärkeyden vuoksi työn tekeminen on ollut mielekästä. Mielekkyyttä lisää myös se, että opinnäytetyömme tuotoksena syntynyt opas tulee käyttöön työelämässä konkreettisesti.

Opinnäytetyöprosessi eteni suunnitellussa aikataulussa. Työskentely sujui pääosin hyvin, saimme sovitettua aikataulumme suurimmaksi osaksi hyvin yhteen. Teimme opinnäytetyön lähes kokonaan yhdessä joitakin teoriaosioita lukuun ottamatta. Ne osiot, jotka teimme yksilötyönä, jaoimme tasapuolisesti. Suurimmaksi haasteeksi osoittautui luotettavien lähteiden löytäminen. Myös tekstinkäsittelyohjelman käyttö aiheutti välillä ongelmia. Käytimme opinnäytetyöprosessin aikana hyödyksi opettajan antamaa ohjausta, saimme uusia näkökulmia ja opinnäytetyömme rajoittui ja jäsentyi tarkemmaksi. Olemme olleet yhteydessä yhteistyötahoomme Seinäjoen A-klinikkaan. Seinäjoen A-klinikan yhteyshenkilö on antanut meille ohjeita ja parantamisehdotuksia koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Opinnäytetyön tavoitteeksi asetimme, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ottaisivat ikäihmisten alkoholinkäytön herkemmin puheeksi ja sitä kautta voisivat paremmin ohjata myös lääkkeiden käytössä. Tavoitteen toteutumista on han-

kala arvioida, koska opaslehtisen antama hyöty saadaan selville vasta tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opaslehtinen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ikäihmisten alkoholin ja lääkkeiden käytöstä. Onnistuimme opaslehtisen laatimisessa mielestämme erittäin hyvin, koska saimme siitä hyvää palautetta yhteistyötaholta ja opas tulee käyttöön työelämässä.

Tutkimustehtävistä suoriuduimme osittain hyvin, mutta eräisiin tutkimustehtäviin on näin lyhyellä aikavälillä hankala saada vastauksia. Oppaan vaikutus ikäihmisten terveyden edistämiseen on havaittavissa vasta pitkän ajan kuluttua. Opaslehtinen palvelee ammattihenkilöstöä hyvin sen perusteella, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat olleet mieltä oppaan käyttökelpoisuudesta. Opaslehtisessä on kerrottu ikäihmisten yleisimmin käytettyjen lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista, joten määrittelemämme tutkimustehtävä toteutui tältä osin.

Olemme käsitelleet opinnäytetyössämme ikäihmisten omahoitoa tukevaa toimintaa. Omahoitoa tukevasta toiminnasta valitsimme oppaaseen motivoivan haastattelun ja transteoreettisen muutosvaihemallin. Ikäihmisten yleisimmin käyttämät lääkeryhmät on käsitelty opinnäytetyössämme laajasti, mutta oppaan taulukkoon valitsimme ainoastaan keskeisimmät lääkkeet, joilla on merkittäviä yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa.

Toivomme, että opas olisi hyvä puheeksioton väline sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille. Oppaassa esitettyjen työskentelymenetelmien avulla ammattihenkilö pystyy keskustelemaan asiakkaan kanssa alkoholin ja lääkkeiden käytöstä ja tarvittaessa ohjaamaan häntä elämäntapamuutokseen. Oppaassa esitetty taulukko lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista tarjoaa ammattihenkilölle yksinkertaisen ja nopeasti saatavilla olevan tietopaketin. Opaslehtisen perimmäisenä tarkoituksena on lisätä ikäihmisten tietoisuutta lääkkeiden ja alkoholin samanaikaisen käytön yhteisvaikutuksista. Näin ikäihmiset osaisivat kotiooloissakin soveltaa saamaansa tietoa.

Tieteen kehittyessä ja tiedon muuttuessa voi olla tarpeen muuttaa myös tekemämme oppaan sisältöä. Opasta voisi kehittää esimerkiksi lääketaulukkoa laajentamalla ja lisäämällä tietoa muutosvaiheista niiden tunnistamisen helpottamiseksi. Olemme sopineet Seinäjoen A-klinikan kanssa heidän oikeudestaan päivittää opasta tarvittaessa. Näin voidaan taata luotettavan ja oikeellisen tiedon välittäminen tulevaisuudessakin. Yleiseksi kehittämishaasteeksi aiheen kannalta näemme tärkeäksi alkoholista kysymisen päivittäisenä osana hoitotyötä.

LÄHTEET

- Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 124 (13), 1492 - 1498.
- Aira, M. & Haarni, I. 2010. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen. *Suomen Lääkärilehti* 7, 579 - 585.
- Aira, M., Hartikainen, S. & Sulkava, R. 2005. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication - a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International journal of geriatric psychiatry* 20, 680 - 685.
- Aira, M., Kauhanen, J. & Larivaara, P. 2001. Alkoholiongelmien käsittely terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. *Suomen Lääkärilehti* 30-32, 333 - 336.
- Airaksinen, M. (toim.) 2005. Hoitona lääke. Helsinki: Edita Prima Oy
- Airaksinen, T. & Vilkkä, H. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi
- Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (2), 4 - 13.
- Alanko, A. & Haarni, I. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. 2. p. Helsinki: Sininauhaliitto

Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. 18.12.2009. [Verkkojulkaisu]. Tilastokeskus. [Viitattu 30.8.2010]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html

Alkoholiongelman hoito. 21.4.2010. Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.

Backman, K. 2005. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. *Hoitotiede* 17 (3), 120 - 130.

Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A. & Sutton, S. 2009. Do the Trans-theoretical model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. *Addiction* 104, 828 - 838.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. *Terveystietäjän osaaminen*. Helsinki: Edita.

Hakkarainen, T. & Airaksinen, M. 2001. *Kuuri loppuun!: Lääkneuvonnan opas*. Kuopio: Farmasian opiskelijayhdistys Fortis.

Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. *Hoitotiede* 20 (5), 267 - 277.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Jokinen, M. 6.2.2006. Mini-interventio. [WWW-dokumentti]. VirtuaaliAMK. [Viitattu 7.4.2009]. Saatavana:
<https://www.amk.fi/opintojaksot/0407016/1138352486636/1138356928836/1138357035601/1139236159657.html.stx>

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karlsson, M. 2007. Vanhat ja alkoholi. Dialogi (4), 5.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Hietanen, H., Murtonen, I., Lipponen, V. & Ketola, M. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.

Kivistö, K., Johansson, K., Virtanen, H., Rankinen, S. & Leino-Kilpi H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 21 (1), 13 - 22.

Kukkanen, J. 26.4.2005. Markkinointi ikäihmisille. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 7.4.2009]. Saatavana:
http://www.comlab.hut.fi/opetus/501/OLO2_kooste5.pdf

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 252 - 256.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T. & Välimäki, P. 2004. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 4. uud. p. Helsinki: WSOY.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. [Verkkosivu]. Finlex. [Viitattu 9.4.2009]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. 2007. Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Kuopion yliopisto. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 18.8.2010]. Saatavana: <http://www.sosiaaliportti.fi/File/4bb58e7e-c18a-4906-acdd-c285937ff812/Sanasto.pdf>

Leinonen, E., Lepola, U. & Koponen, H. 2000. Ahdistuneisuuden lääkehoito.[WWW-dokumentti]. Duodecim.[Viitattu 11.4.2010]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91973.pdf>

Levo, T., Viljanen, M., Heino, T., Koivula, R. & Aira, M. Ikääntyvän ääntä kuunnellen: taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.

Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Tohtori.fi. [Viitattu 7.4.2009]. Saatavana: <http://www.tohtori.fi>

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Miller, W. & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing: preparing people for change. New York : Guilford Press, 36 - 42.

Monilääkitys eli polyfarmasia. Ei päiväystä. Remote analysis - telelääketieteen palvelut. [Verkkosivu]. [Viitattu 13.4.2010]. Kuopio. [Saatavana: <http://www.remoteanalysis.net/turvallisen.html>]

Nurminen, M-L. 2007. Lääkehoito. 7.- 8. p. Helsinki: WSOY.

Palva, E. 2007. Ikäihmisten lääkkeet. Vanhustyö (2), 11.

Pietilä, A-M. (toim.) 2010. Terveysten edistäminen: teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pharmaca Fennica 2007a. Tuoteselosteet A - LE. Helsinki: Lääketietokeskus.

Pharmaca Fennica 2007b. Tuoteselosteet LI - Ö. Helsinki: Lääketietokeskus.

Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L., Redding, C., Rosenbloom, D. & Rossi, S. 1994. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychology 13, 39 - 46.

Prochaska, J. & Velicer, W. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion* 12 (1), 38 - 48.

Raevaara, L. 2003. Potilaan alkoholinkäyttö - ongelmallinen puheaihe terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 119, 313 - 320.

Ramos, D. & Perkins, D. 2006. Goodness of fit assessment of an alcohol intervention program and the underlying theories of change. *Journal of American college health* 55 (1), 57 - 64.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen: Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Forssa: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim.

Saarnio, P. & Knuuttila, V. 2006. Tutkimus päihdeongelmaisten muutostavallisuusprofiileista. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (1), 33 - 40.

Skitsofrenia. 1.1.2008. Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä.

Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982. [Verkkajulkaisu]. Finlex. [Viitattu 18.8.2010]. Saatavana:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Spoov, J. & Syvälahti, E. 2003. Masennuslääkkeet - Käyttöaiheet ja hoidon periaatteet. Kapseli 32. Lääkelaitos ja Kela. Saatavissa:
http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/KAPSELI32masennus.pdf

THL. 21.6.2007. Huolen puheeksi ottaminen. [Verkkosivu]. [Viitattu 9.4.2009]. Saatavana: <http://info.stakes.fi/verkostomenetelmat/FI/puheeksiottaminen/index.htm>

Tilastokeskus. 30.9.2009. Väestöennuste 2009 - 2060. [Verkkosivu]. [Viitattu 26.5.2010]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001.fi.html

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. &. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Torniainen, T. & Nurmi, M. 8.11.2006. Ikäihminen. [WWW-dokumentti]. Nettineuvo. [Viitattu 7.4.2009]. Saatavana: <http://www.nettineuvo.fi/index.asp>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Helsinki: Tammi.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa: Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita.

Työterveyslaitos, 24.4.2008. Työterveyshuolloilta toivotaan lisää neuvontaa alkoholin suurkulutuksen vähentämiseksi. [Verkkosivu.] [Viitattu 3.11.2009]. Saatavana: http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Tiedotteet/2008/12_2008.htm

Liite 1. Systemaattinen kirjallisuushaku.

Tietokanta	Aleksi			
Hakusana	ohjau* ja muuto*	alkoho* ja lääk*	muutosvaihemal*	yhteisvai*
Hakutulos kokonaisuudessaan	58 kpl	272 kpl	1 kpl	146 kpl
Hyväksytyt otsikon perusteella	<p>3 kpl: Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A-M., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva hoitotyö 8 (2), 4-13.</p> <p>Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede 20 (5), 267 – 277.</p>	<p>6 kpl: Aira, M. 2003. Viinaa lääkkeeksi? – alkoholineuvontaa vanhuksille - mutta minkälaista? Suomen Lääkärilehti 33, 3137 - 3139.</p> <p>Anttila, P. & Niemelä, O. 2005. Miten lääkäri tunnistaa alkoholin suurkuluttajan? Suomen Lääkärilehti 37, 3619 - 3623.</p>	<p>1 kpl: Kasila, K., Kettunen, T., Poskiparta, M. & Vähäsarja, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikunta-neuvonnassa Liikunta & Tiede 6, 81 - 87.</p>	<p>2 kpl: Jokinen, T., Vanakoski, J., Skippari, L., Iso-aho M. & Simoila, R. 2009. Iäkkäiden potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoidossa. Suomen lääkärilehti 64 (19), 1772–1775.</p> <p>Pitkälä, K., Hosia-Randell, H., Raivio, M., Savikko, N. & Strandberg, T. 2006. Vanhuksen lääkehoidon karikoita.</p>

	<p>Heinonen, K. 2007. Terveyslīkunnan motivoiva ohjaus. Diabetes ja lääkäri 36 (6), 24-28.</p>	<p>Mattila-Evenden, M. 2000. Bentsodiatsepiini- ja alkoholitoleranssi - kliinisiä näkökohtia. Suomen lääkärilehti 55 (37), 3675–3680.</p> <p>Raevaara, L. 2003. Potilaan alkoholinkäyttö - ongelmallinen puheenaihe terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Duodecim 119, 313–320.</p> <p>Salaspuro, M., Alho, H., Autti-Rämö, I., Eskola, K., Holopainen, A., Lönnqvist, J. Malmivaara, A., Mäkelä, R., Poikolainen, K., Roine, R., Saarnio, P., Seppä, K., Teirilä, J. & Vormaa, H. 2005. Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecim 121(16), 1786–1787.</p>		<p>Duodecim 122 (12), 1503–1512.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------

		Seppä, K. 2003. Alkoholiongelmainen vastaanotolla. Duodecim 119 (24), 2508–2513		
Hyväksytyt tiivistelmän perusteella	<p>2 kpl: Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede 20 (5), 267 – 277.</p> <p>Alahuhta, M., Ukkola, T., Kor-kiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A-M., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva hoitotyö 8 (2), 4-13.</p>	1 kpl: Raevaara, L. 2003. Potilaan alkoholinkäyttö - ongelmallinen puheenaihe terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Duodecim 119, 313–320.	1 kpl: Kasila, K., Kettunen, T., Poskiparta, M. & Vähäsarja, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikunta-neuvonnassa Liikunta & Tiede 6, 81 - 87.	1 kpl: Jokinen, T., Vannakoski, J., Skippari, L., Iso-aho M. & Simoila, R. 2009. Iäkkäiden potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoidossa. Suomen lääkäri-lehti 64 (19), 1772–1775.

Hyväksytyt koko tekstin perusteella	<p>2 kpl: Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A-M., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva hoitotyö 8 (2), 4-13.</p> <p>Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede 20 (5), 267 – 277.</p>	1 kpl: Raevaara, L. 2003. Potilaan alkoholinkäyttö - ongelmallinen puheenaihe terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Duodecim 119, 313–320.		1 kpl: Jokinen, T., Vanakoski, J., Skippari, L., Iso-aho M. & Simoila, R. 2009. Iäkkäiden potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoidossa. Suomen lääkärilehti 64 (19), 1772–1775.
Hylkäämiskriteeri	laadun arvioinnin perusteella	laadun arvioinnin perusteella	koko tekstin perusteella	koko tiivistelmän perusteella
Valitut artikkelit	2	1	0	1

Tietokanta	Linda			
Hakusana	alko? lääk?			
Hakutulos kokonaisuudessaan	254 kpl			
Hyväksytyt otsikon perusteella	1 kpl: Hallikainen, T. 2009. Serotonin and dopamine gene polymorphisms and alcohol consumption. Kuopio: University of Kuopio.			
Hylkäämiskriteeri	otsikon perusteella			
Valitut artikkelit	0			
Tietokanta	CINAHL			
Hakusana	stages of change	aged people or age specific care and alcohol	stages of change and alcohol	
Hakutulos kokonaisuudessaan	123 kpl	86 kpl	6 kpl	

Hyväksytyt otsikon perusteella	<p>2 kpl: Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A. & Sutton, S. 2009. Do the Transtheoretical model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. <i>Addiction</i> 104, 828 – 838.</p> <p>Lerdal, A., Moe, B., Digre, E., Harding, T., Kristensen, F., Grov, E., Bakken, L., Eklund, M., Ruud, I. & Rossi, J. 2009. Stages of Change – Continuous Measure (URICA-E2): psychometrics of a Norwegian version. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 65 (1), 193–202.</p>	<p>1 kpl: Aira, M., Hartikainen, S. & Sulkava, R. 2005. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? <i>Journal of Geriatric Psychiatry</i> 20 (7), 680-685.</p>	<p>1 kpl: Ramos, D. & Perkins, D. 2006. Goodness of fit assessment of an alcohol intervention program and the underlying theories of change. <i>Journal of American College Health</i> 55 (1), 57–64.</p>	
Hyväksytyt tiivistelmän perusteella	<p>2 kpl: Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A. & Sutton, S. 2009. Do the Transtheoretical model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. <i>Addiction</i> 104, 828 – 838.</p>	<p>1 kpl: Aira, M., Hartikainen, S. & Sulkava, R. 2005. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? <i>Journal of Geriatric Psychiatry</i> 20 (7), 680-685.</p>	<p>1 kpl: Ramos, D. & Perkins, D. 2006. Goodness of fit assessment of an alcohol intervention program and the underlying theories of change. <i>Journal of American College Health</i> 55 (1), 57–64.</p>	

	Lerdal, A., Moe, B., Digre, E., Harding, T., Kristensen, F., Grov, E., Bakken, L., Eklund, M., Ruud, I. & Rossi, J. 2009. Stages of Change – Continuous Measure (URICA-E2): psychometrics of a Norwegian version. Journal of Advanced Nursing 65 (1), 193–202.			
Hyväksytyt koko tekstin perusteella	1 kpl: Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A. & Sutton, S. 2009. Do the Transtheoretical model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. Addiction 104, 828 – 838.	1 kpl: Aira, M., Hartikainen, S. & Sulkava, R. 2005. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? Journal of Geriatric Psychiatry 20 (7), 680-685.	1 kpl: Ramos, D. & Perkins, D. 2006. Goodness of fit assessment of an alcohol intervention program and the underlying theories of change. Journal of American College Health 55 (1), 57–64.	
Hylkäämiskriteeri	koko tekstin perusteella			
Valitut artikkelit	1	1	1	

Manuaalinen haku

Hyväksytyt lähteet otsikon perusteella 16 kpl

Aira, M. & Haarni, I. 2010. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen. Suomen Lääkärilehti 7, 579 – 585.

Aira, M., Kauhanen, J. & Larivaara, P. 2001. Alkoholiongelmien käsittely terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Suomen Lääkärilehti 30–32, 333 – 336.

Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. 18.12.2009. [Verkojulkaisu]. Tilastokeskus. [Viitattu 30.8.2010]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html

Backman, K. 2005. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. Hoitotiede 17 (3), 120 – 130.

Kivistö, K., Johansson, K., Virtanen, H., Rankinen, S. & Leino-Kilpi H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 21 (1), 13 – 22.

Hartikainen, S. & Linjakumpu, T. 2004. Iäkkäiden lääkehoidon salakareja. Suomen Lääkärilehti 3, 169 - 171.

Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R., Klaukka, T. & Idänpää-Heikkilä, J. 2006. Vanhusten monilääkitys huolen aiheena. Suomen Lääkärilehti 9, 984 - 987.

Idänpää - Heikkilä, J., Helin - Salmivaara, A., Huupponen, R., Kalliokoski, A. & Leinonen, E. 2009. Antikolinergiset lääkehaitat ovat varsin tavallisia vanhuksilla. Suomen Lääkärilehti 48, 4164 - 4166.

Miller, W. & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press, 36 - 42.

Pharmaca Fennica 2007. 2, Tuoteselosteet A - LE. Helsinki: Lääketietokeskus.

Pharmaca Fennica 2007. 3, Tuoteselosteet LI - Ö. Helsinki: Lääketietokeskus.

Prochaska, J. & Velicer, W. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. American journal of health promotion 12 (1), 38 – 48.

Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L., Redding, C., Rosenbloom, D. & Rossi,

	<p>S. 1994. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychology 13, 39 – 46.</p> <p>Raunio, H. 2003. Lääkkeiden yhteisvaikutukset - hallittavissa oleva ongelma. Suomen Lääkärilehti 36, 3537 - 3541.</p> <p>Saarnio, P. & Knuuttila, V. 2006. Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. Yhteiskuntapolitiikka 71 (1), 33 – 40.</p> <p>Alkoholiongelmaisen hoito. 21.4.2010. Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.</p>
<p>Hyväksytyt lähteet tiivistelmän + koko tekstin perusteella 12 kpl</p>	<p>Aira, M. & Haarni, I. 2010. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen. Suomen Lääkärilehti 7, 579 – 585.</p> <p>Aira, M., Kauhanen, J. & Larivaara, P. 2001. Alkoholiongelmien käsittely terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Suomen Lääkärilehti 30–32, 333 – 336.</p> <p>Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. 18.12.2009. [Verkojulkaisu]. Tilastokeskus. [Viitattu 30.8.2010]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html</p>

Backman, K. 2005. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. Hoitotiede 17 (3), 120 – 130.

Kivistö, K., Johansson, K., Virtanen, H., Rankinen, S. & Leino-Kilpi H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 21 (1), 13 – 22.

Miller, W. & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press, 36 - 42.

Pharmaca Fennica 2007. 2, Tuoteselosteet A - LE. Helsinki: Lääketietokeskus.

Pharmaca Fennica 2007. 3, Tuoteselosteet LI - Ö. Helsinki: Lääketietokeskus.

Prochaska, J. & Velicer, W. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. American journal of health promotion 12 (1), 38 – 48.

Prochaska, J. ym. 1994. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychology 13, 39 – 46.

	<p>Saarnio, P. & Knuuttila, V. 2006. Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. Yhteiskuntapolitiikka 71 (1), 33 – 40.</p> <p>Alkoholiongelman hoito. 21.4.2010. Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.</p>
Valitut artikkelit tietokannoista ja manuaalisesti haettuna kokonaisuudessaan	19 kpl

Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Asiakkaan toiminta sisälsi asiakkaan omat tavoitteet, motivaation, ajanmukaiset tiedot ja aiemmat kokemukselliset taidot. "</p> <p>"Asiakkaan omat tavoitteet ilmenivät siten, että asiakas ottaa perheen mukaan toiminnan suunnitteluun, kertoo oman selkeän tavoitteen sekä saavuttaa ja ylläpitää sen. "</p> <p>"Positiivinen nykytilanteen tulos ja terveysohjeet motivoivat asiakasta toimintaan."</p>	<p>Asiakkaan toiminnan sisältö</p> <p>Asiakkaan oman tavoitteen selvittäminen, saavuttaminen ja ylläpitäminen</p> <p>Asiakas motivoituu toimintaan</p>	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen toiminta asiakkaan tavoitteen asettamisessa, motivoitumisessa ja toiminnan</p>	<p>Muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu alkoholin ja lääkkeiden riskikäytössä</p>

		edistämi- sessä	
"Ilmeni myös, että toisinaan asiakas ei motivoitunut terveysohjeista."	Toisinaan asiakas ei moti- voidu		
"Ajanmukaiset tiedot ilmenivät tietojen sisäistämisenä ja oppimise- na."	Tietojen sisäistäminen ja oppiminen		
"Asiakkaan toiminnassa aiemmat kokemukselliset taidot ilmenivät asiakkaan omaehtoisena muutoksena ja muutostarpeen pohdintana ennen terveysneuvontaa."	Asiakkaan muutos ja muu- tostarpeen pohdinta ilme- nivät hyödyllisesti terveys- neuvonnassa		

Liite 3. Opaslehtinen.



MUUTOSVAIHEMALLIN JA MOTIVOIVAN HAASTATTELUN MUKAINEN OHJAUS IKÄIHMISEN ALKOHOLIN JA LÄÄKKEIDEN KÄYTÖSSÄ

Opas sosiaali- ja terveydenhuollon
ammattihenkilöstölle

Seinäjoen kaupunki

A-klinikka

Tämän oppaan tarkoituksena on auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä ottamaan alkoholinkäyttö puheeksi ikäihmisten keskuudessa ja antaa valmiuksia mahdollisen ongelmakäytön kohtaamisessa. Oppaassa esittää taulukko alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista.

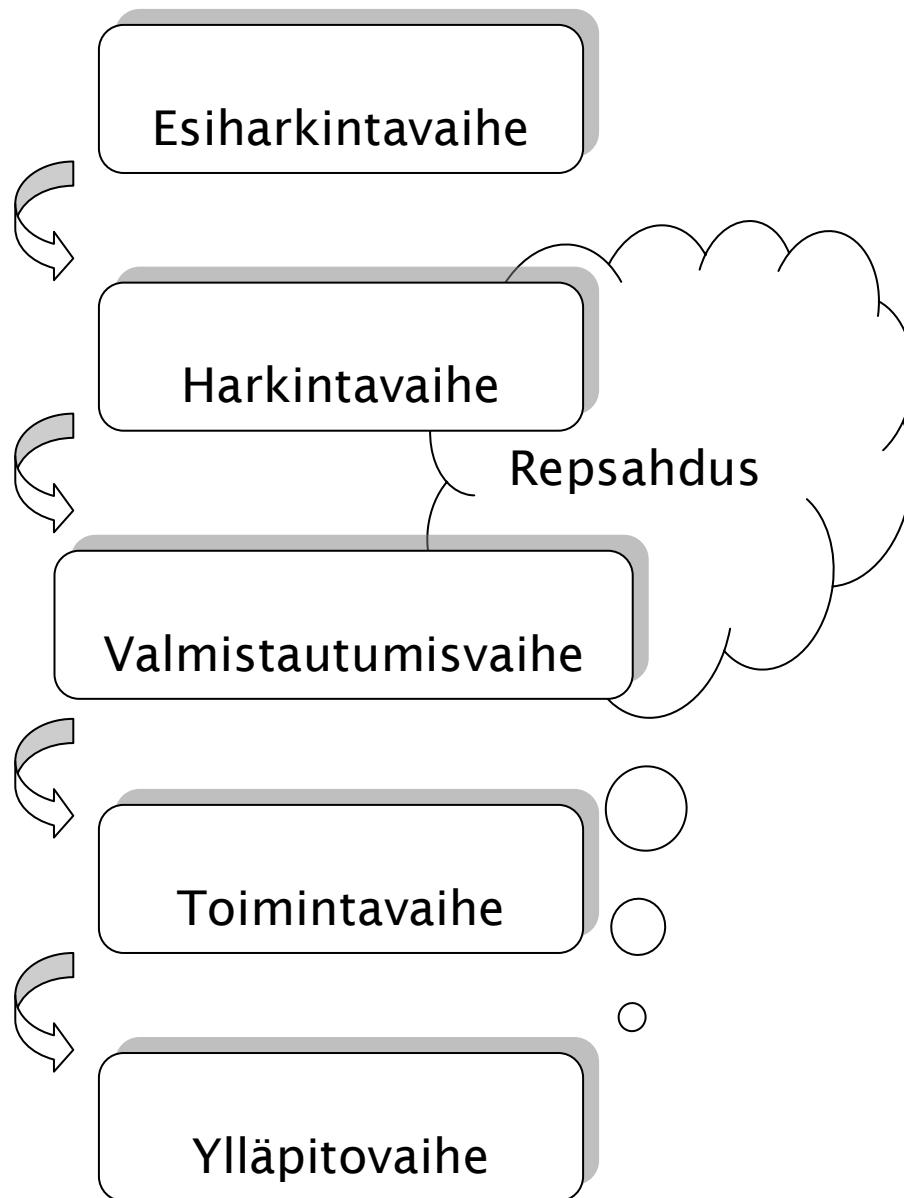


Opas on tehty yhteistyössä Seinäjoen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden ja Seinäjoen A-klinikan ja Ikäpä-työryhmän kanssa. Opas on toiminnallisen opinnäytetyön tuotos.



Ikäihmisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt, joten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten on entistä tärkeämpää ottaa alkoholinkäyttö puheeksi ja puuttua siihen tarvittaessa oikealla tavalla. Monilääkitys on ikäihmisten keskuudessa yleistä ja se lisää alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusten riskiä. Alkoholimyrkytysten ja alkoholiperäisten sairauksien aiheuttamat kuolemat ovat viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana kaksinkertaistuneet.

Transteoreettisen muutosvaihemallin avulla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen kykenee ohjaamaan asiakasta muuttamaan epäterveellistä käyttäytymistään. Transteoreettisessa muutosvaihemallissa on viisi eri vaihetta, jotka ovat: esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe. Näiden vaiheiden lisäksi saattaa tapahtua repsahduksia ja siirtyminen vaiheesta toiseen saattaa vaihdella.

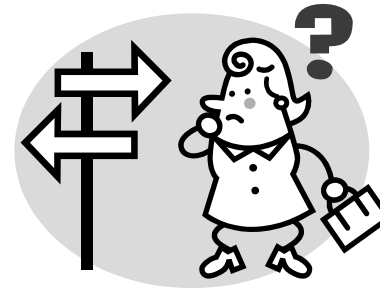


- **Esiharkintavaiheessa** asiakas ei ole vielä aikeissa toimia muutoksen hyväksi ainakaan seuraavaan kuuteen kuukauteen. Asiakas on tässä vaiheessa, koska hän ei ole saanut tietoa alkoholin käytön riskeistä tai on voinut kokeilla muuttaa käyttäytymistään, mutta on lannistunut, koska ei ole onnistunut siinä. Molemmissa tapauksissa asiakas välttää käsittelemästä asiaa.
- **Harkintavaiheessa** asiakas on aikeissa vähentää alkoholin käyttöään seuraavan kuuden kuukauden aikana. Asiakas on hyvin tietoinen muutoksen hyödyistä ja haitoista ja sen vuoksi asiakas saattaa juuttua tähän vaiheeseen pitkäksi ajaksi.

➤ **Valmistautumisvaiheessa** asiakas on ai-
keissa vähentää alkoholin käyttöään yleen-
sä kuukauden kuluessa. Asiakas on ottanut
huomattavan askeleen viimeisen vuoden
aikana muutoksen hyödyksi. Asiakas on
löytänyt ammattihenkilön kanssa keinoja
päästäkseen tavoitteeseensa.

➤ **Toimintavaiheessa** asiakas on tehnyt tär-
keän muutoksen elämäntavoissaan viimei-
sen kuuden kuukauden aikana. Toiminta-
vaihe on asiakkaalle kaikkein vaativin ja
työntäyteisin vaihe.

➤ **Ylläpitovaiheessa** asiakas yrittää estää
repsahduksen, mutta ei aseta tarkkoja
muutostavoitteita kuten toimintavaiheessa
tehdään. Asiakas on vähemmän houkutel-
tavissa repsahdukseen ja hänelle on kerty-
nyt enemmän luottamusta jatkaa muutos-
taan. Ylläpitovaihe kestää kuudesta kuu-
kaudesta viiteen vuoteen. Ylläpitovaiheen
pidentyessä repsahdamisen riski pienenee.



➤ **Repsahdus** on askel takaisin esimerkiksi
toiminta- tai ylläpitovaiheesta aikaisempiin
vaiheisiin. Repsahdus kuuluu muutospro-
sessiin.

Motivoiva haastattelu sisältää neljä vaihetta, joiden avulla ammattihenkilö voi valmentaa asiakasta. Motivoivan haastattelun tavoitteena on asiakkaan sisäisen motivaation vahvistuminen muutosta varten ja muutoshalukkuuden lisääminen.

1. Empatian ilmaiseminen

- Hyväksyminen helpottaa muutoksen tekoa
- Reflektioiva kuunteleminen auttaa keskustelun etenemisessä
- Huomioi, että asiakkaan epävarmuus on normaalia

2. Ristiriidan tuottaminen

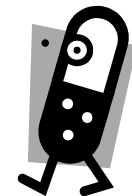
- Asiakas voi esittää vastaväitteitä
- Ristiriita nykytilanteen ja tavoitteen välillä motivoi asiakasta

3. Vastarinnan myötäily

- Ammattihenkilö voi esittää uusia näkökulmia, mutta asiakasta ei voi pakottaa niihin
- Asiakas löytää itse parhaiten tarvitsemansa vastaukset ja ratkaisut
- Asiakkaan vastarinta kertoo ammattihenkilölle tarpeesta muuttaa toimintatapaa

4. Pystyvyyden tunteen tukeminen

- Asiakasta motivoi, kun hän uskoo muutoksensa mahdollisuuteen
- Asiakas on vastuussa itse muutosprosessistaan



Ikäihmisten yleisimmin käytettyjen lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksia

Lääkeryhmä	Lääkkeen vaikuttava aine ja kauppanimi	Yhteisvaikutus alkoholin kanssa
Unilääkkeet	Tsopikloni (Imovane®, Zopinox®)	Tsopiklonin sedatiivinen vaikutus voimistuu
	Tematsepaami (Tenox®)	Keskushermostoa lamaava vaikutus saattaa voimistua
	Melperoni (Melpax®)	Saattaa vahvistaa melperonin sedatoivaa vaikutusta
Rauhoittavat lääkkeet	Diatsepaami (Diapam®)	Diatsepaamin keskushermostoa lamaava vaikutus saattaa voimistua
	Oksatsepaami (Opamox®)	Bentsodiatsepiinien keskushermostoa lamaava ja suorituskykyä heikentävä vaikutus saattaa lisääntyä
	Risperidoni (Risperdal®)	Risperidonia on käytettävä varoen alkoholin kanssa

Lääkeryhmä	Lääkkeen vaikuttava aine ja kauppanimi	Yhteisvaikutus alkoholin kanssa
	Ketiapiini (Seroquel®)	Ketiapiinia tulee käyttää varoen alkoholin kanssa
Masennuslääkkeet	Triptyl (Amitriptyliini®)	Amitriptyyliini voimistaa alkoholin keskushermostoa lamaavaa vaikutusta
	Duloksetiini (Cymbalta®)	Duloksetiinin ja alkoholin samanaikaisessa käytössä tulee noudattaa varovaisuutta
	Mirtatsapiini (Mirtazapin®)	Alkoholin käyttöä tulisi välttää mirtatsapiinihoidon aikana, sillä se voimistaa alkoholin keskushermostoa lamaavaa vaikutusta
	Sertraliini (Sertralin®)	Alkoholinkäyttöä ei suositella sertraliinihoidon aikana

Lääkeryhmä	Lääkkeen vaikuttava aine ja kauppanimi	Yhteisvaikutus alkoholin kanssa
	Sitalopraami (Citalopram®)	Alkoholin käyttöä ei suositella sitalopraamilääkityksen aikana
Kipulääkkeet	Oksikodoni (Oxycontin®)	Oksikodonin vaikutus voimistuu alkoholin kanssa
	Tramadoli (Tramal®)	Tramadolin käyttö yhdessä alkoholin kanssa saattaa voimistaa keskushermostovaikutuksia
	Fentanyyli (Fentanyl®)	Fentanyyllillä ja alkoholilla on yhdessä additiivinen vaikutus
	Paracetamol ja kodeiinifosfaattihemihydraatti (Panacod®)	Panacodin kanssa yhtäaikaan käytetty alkoholi lisää rauhoittavaa ja hengitysdepressiovaikutusta
Antihistamiinit	Atarax (Hydroksitsiini®)	Alkoholi voimistaa hydroksitsiinin vaikutuksia

Lääkeryhmä	Lääkkeen vaikuttava aine ja kauppanimi	Yhteisvaikutus alkoholin kanssa
Diabeteslääkkeet	Metformiini (Diformin®)	Metformiinihoidon aikana on vältettävä runsasta alkoholinkäyttöä
	Glimepiridi (Amaryl®)	Alkoholin käyttö saattaa voimistaa tai heikentää glimepiridin hypoglykeemistä vaikutusta
	Aspartininsuliini (Novorapid®)	Insuliinin verensokeria alentava vaikutus saattaa tehostua ja pitkittyä alkoholin kanssa samanaikaisesti käytettynä
	Determininsuliini (Levemir®)	
	Ihmisinsuliini (Protaphane®)	
Antikoagulantit	Varfariini (Marevan®)	Varfariinin vaikutus voimistuu runsaan alkoholinkäytön yhteydessä



Hyödyllisiä osoitteita ja www-sivuja:

Seinäjoen kaupungin A-klinikka Törnäväntie 27
60200 Seinäjoki (Sorsanpesä)

Ajanvarausnumero asiakkaille p.(06) 416 2491
Ajanvarausaika ma-to klo 13-15 ja pe klo 13-14
Viranomaisnumero p.(06) 416 2496

Seinäjoen kaupunki
Ikäpä-työryhmä
yhdyshenkilö Sari Koukkari
Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö
p.044-7541704

Seinäjoen kaupungin selviämis- ja katkaisuhoidoasema
Huhtalantie 53 T/G
60220 Seinäjoki
p.(06) 416 6234/416 6235

Terveyskeskuksen päihdehoitaja
Ritva Ahokas
p.(06) 425 5303
puhelinaika 12 - 12.30

Ikäkeskus
p.(06) 416 6606
www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/ikaantyvienpalvelut/ikakeskus.html

<http://www.tk.seinajoki.fi/neuvolat/aikuisvastaanotto/etusivu.html>

www.paihdelinkki.fi

www.tippavaara.info

Ikääntyvän päihdeongelmaisen hoitopolku:
http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/vanhustyonkehittamishanke/paihdepolkukuvaus/browsermain_2.html

Tekijät: Annika Jokiranta

Suvi Rajamäki



Kuvat: ClipArt